

Barrières et ressources structurelles à la mise en pratique des compétences transculturelles en milieu hospitalier

Une revue de littérature

Travail de Bachelor

Par
Ludivine et Mathilde Jordan
promotion 2012-2015

Sous la direction de : Katia Scrima

Haute Ecole de Santé, Fribourg
Filière soins infirmiers

9 juillet 2015

Résumé

Etat des connaissances : Les patients migrants ont besoin d'une prise en charge adaptée à leurs besoins culturels. Des barrières organisationnelles ne permettent toutefois pas toujours d'offrir une prise en charge de qualité adaptée aux besoins spécifiques des patients migrants.

But : L'objectif de cette revue de littérature consiste à recenser les ressources et les barrières à la mise en pratique des compétences culturelles pour établir des recommandations pour une compétence culturelle organisationnelle de qualité.

Méthode : Suite à une recherche sur les banques de données CINAHL et PubMed selon des critères de sélection, sept études ont été choisies puis analysées de manière critique. Leurs résultats ont été résumés et structurés en huit catégories et discutés en lien avec un cadre de référence.

Résultats : La mise en pratique des compétences culturelles des soignants dépend de nombreux facteurs organisationnels et managériaux, notamment les finances et ressources, le temps et le matériel à disposition, les caractéristiques des équipes soignantes, la formation ainsi que la collaboration avec les communautés de migrants.

Conclusion et perspectives : La mise en pratique des compétences culturelles des soignants dépend grandement de la capacité des établissements hospitaliers à établir un environnement organisationnel et managérial propice. L'intégralité d'un système de santé devrait être adaptée pour offrir à la population migrante des services sanitaires adaptés à leurs besoins.

Mots-clés : organizational factors, cultural competence, managerial competence, healthcare, providers, health system, organizational cultural competence

Tables des matières

Résumé.....	ii
Liste des figures	vi
Remerciements	vii
Introduction.....	8
Problématique et recension des écrits.....	11
Recension des écrits	12
Question de recherche	15
Objectifs	16
Cadre de référence	17
Soins transculturels	18
Les déterminants de la santé.....	20
Salutogenèse.....	21
Qualité des soins	22
Organisation et management.....	23
Méthode.....	26
Argumentation du devis de recherche.....	27
Banques de données.....	28
Les critères de sélection	28
Critères d'inclusion.....	28
Critères d'exclusion.....	28
Stratégies de recherche.....	29
Analyse critique	30
Résultats	31
Traitement des données	32
Synthèse des résultats	33
Caractéristiques de l'équipe soignante interdisciplinaire et du service (n = 5)	33
Barrières.....	33

Ressources et propositions.....	34
Système de santé (n = 5)	36
Barrières.....	36
Ressources	36
Formation (n = 5)	37
Ressources et propositions.....	37
Finances et ressources (n = 4)	38
Barrières.....	38
Ressources et propositions.....	39
Technique, matériel et environnement (n = 3).....	39
Barrières.....	40
Ressources et propositions.....	40
Management (n = 3).....	41
Ressources	41
Collaboration et relations avec les migrants et leurs communautés (n = 3)	42
Barrières.....	42
Ressources et propositions.....	43
Temps (n = 2)	44
Barrières.....	44
Propositions.....	44
Précision concernant les résultats	44
Discussion	45
Critique des recherches sélectionnées	46
Devis	46
Méthode	47
Années de publication.....	48
Pays	48
Ethique	49
Echantillon.....	49
Discussion des résultats et liens avec le cadre de référence	50
Caractéristiques de l'équipe soignante interdisciplinaire et du service.....	50
Système de santé	52
Formation	53
Finances et ressources	54
Technique, matériel et environnement.....	55
Management.....	56
Collaboration et relations avec les migrants et leurs communautés	57
Temps	58
Limites et points forts de ce travail.....	59
Limites.....	59
Points forts.....	60
Perspectives	62

Recommandations pour la pratique infirmière.....	62
Recommandations pour la recherche.....	63
Conclusion	65
Liste des références bibliographiques.....	67
Annexes.....	71
Annexe A Déclaration d'authenticité.....	72
Annexe B Glossaire et précisions concernant le vocabulaire adopté.....	74
Annexe C Barrières d'accès à des soins de qualité pour les patients migrants ou d'origine étrangère	77
Annexe D Modèle des déterminants des inégalités de la santé selon la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS	79
Annexe E Stratégies de recherche des articles	81
Annexe F Grilles de lecture critique des 7 articles scientifiques analysés.....	85
Annexe G Tableau de présentation des résultats par article.....	155
Annexe H Tableau de présentation des résultats par catégories.....	177

Liste des figures

Figure 1. Processus de recherche ã 29

Remerciements

Un merci tout particulier à notre directrice de travail, Madame Katia Scrima, pour son soutien, sa disponibilité et ses conseils avisés qui se sont avérés indispensables à l'élaboration de cette revue de littérature.

Nous tenons également à remercier Chloé Python ainsi que Pierre et Sylviane Jordan pour leur relecture attentive et leur soutien tout au long de la rédaction de ce travail.

Introduction

Les questions de migration se trouvent au cœur de l'actualité d'aujourd'hui et les populations de patients auxquelles sont confrontés les soignants sont particulièrement hétérogènes culturellement. La diversité culturelle des patients représente un défi conséquent pour le personnel soignant. Les cours de compétences transculturelles dispensés aux médecins et aux infirmiers/ères durant leur formation apportent une part de réponse à ce défi. Néanmoins, la réalité des soins témoigne que les connaissances acquises en cours ne suffisent pas. Les conditions de travail et l'organisation influencent considérablement la mise en pratique de ces connaissances.

La Suisse a déjà entrepris de nombreuses démarches pour favoriser la compétence culturelle des établissements hospitaliers, au niveau de leur organisation notamment. Elle participe au projet « Migrant Friendly Hospitals » et collabore étroitement avec la Croix-Rouge suisse pour la création d'une documentation adaptée aux besoins culturels par exemple. Dans la pratique toutefois, il semble que les soignants ne soient pas toujours informés de l'existence de ces ressources ou que leur environnement de travail empêche une pratique culturelle réellement compétente.

Cette revue de littérature a donc pour objectif de répertorier les ressources et les barrières structurelles à la mise en pratique des compétences transculturelles des soignants dans leur quotidien de travail. Pour ce faire, sept études scientifiques ont été sélectionnées sur des banques de données puis analysées. Les résultats qui en ressortent sont présentés puis discutés en lien avec un cadre de référence établi préalablement. Les implications pour la pratique infirmière et pour les futures recherches sont également mises en évidence en fin de travail.

Un glossaire précisant la définition de certains termes utilisés ou expliquant le sens donné à quelques mots se trouve dans l'annexe B.

Problématique et recension des écrits

Recension des écrits

En Suisse, 23,8% de la population a une histoire migratoire à son actif. Une majorité des migrants provient d'un pays européen. 14,9% de cette population est originaire d'un pays hors de l'Europe (Office fédéral de la statistique, 2014a). Cette population issue de la migration est également représentée au sein de patientèle prise en charge par les institutions de santé (Office Fédéral de la Statistique, 2008). Ces dernières ont pour mission d'offrir à leurs clients une prise en charge adaptée à leurs besoins et leur contexte.

Selon Dahlgren et Whitehead (1991), la santé de tout individu dépend de déterminants incluant les facteurs personnels, les facteurs liés au mode de vie, les réseaux sociaux et communautaires, les conditions de vie et de travail ainsi que les éléments socio-économiques, culturels et environnementaux. Ces différents aspects peuvent être la source d'inégalités (Cantoreggi Nicola, 2010). Pour les patients issus de la migration, ces déterminants sont inévitablement influencés par leur histoire migratoire. Ainsi, le déracinement provoqué par le choix de l'exode, le parcours migratoire, les conditions socio-économiques et l'incertitude liées à l'arrivée en Suisse sont autant d'aspects influençant leur état de santé (Bundesamt für Gesundheit, 2008; Schenk, 2007). Ces différents éléments rendent la population étrangère particulièrement vulnérable et davantage sujette à la maladie et aux hospitalisations que les Suisses. Les migrants consultent par exemple davantage en raison de dépressions, d'obésité, de diabète de type 2, de migraines ou de maladies rhumatismales notamment (Bundesamt für Gesundheit, 2008; Office Fédéral de la Statistique, 2008). Dans une perspective de promotion de la santé, qui sera adoptée tout au long de ce travail, même s'il est nécessaire d'identifier les risques liés aux déterminants de la santé, la prise en compte des ressources des migrants demeure également une priorité. Car même s'ils représentent une population particulièrement

vulnérable, les patients migrants développent également des ressources (ex. réseaux communautaires, liens sociaux, etc.) qui doivent être intégrées à la démarche infirmière (Bülent, 2007).

Pour assurer la qualité des soins, chaque patient a droit à une prise en soin individualisée (SBK-ASI, 2011). Pour les patients migrants, cela signifie que les soignants doivent être capables de penser le processus de soins de manière transculturelle, à savoir en percevant et comprenant les patients dans leur vécu et leur contexte personnel. Les soignants doivent ensuite être capable d'agir de façon adaptée (Bodenmann & Green, 2012; Domenig, 2007), car la non prise en compte de l'influence de la migration sur les déterminants de la santé ainsi qu'un manque de compétences transculturelles peuvent se traduire par des peurs, des stéréotypes ou des préjugés par exemple. Ceci peut mener à des actes de discrimination, volontaires ou non, à l'encontre des patients migrants (Domenig, 2007).

Ainsi, en Suisse, la discrimination raciale est une réalité pour nombre de migrants. En effet, selon l'Office Fédéral de la Statistique (2014b), 20,9% d'entre eux ont déjà subi un ou plusieurs actes racistes ou discriminatoires. 30,3% de ces épisodes ont eu lieu au sein d'institutions publiques ou étatiques. Il n'existe cependant aucune donnée exacte concernant les expériences discriminatoires vécues exclusivement en milieu hospitalier suisse. Néanmoins, une étude concernant la discrimination en milieu hospitalier dans l'Union européenne a été réalisée. Cette dernière a démontré que les actes de discrimination peuvent être induits notamment par des barrières linguistiques, financières, organisationnelles, culturelles et psychologiques, des barrières dues à un manque d'information concernant les services de santé ou aux conditions de travail ou de vie en général (European Union Agency for Fundamental Rights, 2013). Selon Althaus, Hudelson, Domenig, Green et Bodenmann (2010), certaines de ces barrières peuvent être

catégorisées comme étant liées au patient lui-même, aux soignants ou au système de santé, comme présenté dans le tableau en annexe C. Les barrières induites par le patient lui-même comprennent un manque de connaissances linguistiques ou du système de santé, des difficultés pécuniaires, une pression de la part de l'employeur, un déficit de connaissances en santé, un manque de confiance dans le soignant et la crainte de la dénonciation en cas de statut illégal. Pour ce qui concerne les soignants, les obstacles peuvent être un manque de compétences transculturelles et de connaissances médicales spécifiques, une non-conscience de leur propre contexte ainsi qu'une tendance à stéréotyper ou à stigmatiser. Les barrières induites par le système de santé en général comprennent quant à elles un manque de services de traduction ou de médiation socioculturelle, un manque d'information adaptée (documentation par exemple), un personnel soignant trop peu diversifié d'un point de vue socioculturel, une augmentation de la technicité au détriment de la communication, une pression pour l'efficacité des soins et un contexte légal difficile.

Le soignant a toutefois la possibilité d'améliorer les soins aux migrants, puisque selon Althaus et al. (2010), « l'acquisition de compétences cliniques transculturelles permet d'améliorer la qualité de la prise en charge des patients migrants ou d'origine étrangère et de limiter le risque d'inégalités en termes d'accès aux soins, de qualité des soins et de santé » (p.79).

En Suisse, les compétences transculturelles sont enseignées aux infirmières depuis les années 1990, durant leur formation professionnelle initiale ou au travers de formations continues. Pour les médecins, cette thématique n'a été abordée qu'à partir des années 2000 (Althaus et al., 2010).

Pourtant, selon le psychiatre Jean-Claude Métraux, bien que les professionnels travaillant avec les migrants soient toujours mieux formés, il semble qu'ils ne soient pas pour autant devenus plus compétents. Selon lui, les migrants sont encore trop souvent considérés comme un objet d'étude ou de connaissance, et non comme un sujet à part entière auquel les professionnels apportent une réelle reconnaissance. (Lietti, 2011)

Même si l'on ne cite pas les sources sur lesquelles il base ses propos, les statistiques confirment son sentiment puisqu'elles montrent que, malgré l'enseignement de modules transculturels, les actes de discrimination n'ont pas été entièrement éliminés des milieux hospitaliers en Suisse et en Europe. Comme Althaus et al. (2010) le démontrent dans leur article, les conditions liées au système de santé et à l'organisation constituent une part importante des limites à une prise en charge transculturellement compétente.

Bien que Althaus et al (2010). aient proposé un tableau résumant quelques-unes de ces barrières (cf. annexe C), le présent travail propose d'analyser la littérature actuelle et d'effectuer un état des lieux des articles scientifiques se penchant sur la question des conditions cadres organisationnelles et managériales représentant des ressources ou des barrières à une mise en pratique des compétences et attitudes transculturelles des soignants lors de la prise en charge de patients migrants ou d'origine étrangère.

Question de recherche

La question de recherche formulée est la suivante :

Quelles sont les conditions cadres structurelles représentant des ressources ou des barrières à une mise en pratique efficiente des attitudes et compétences

transculturelles des soignants lors de la prise en charge de patients migrants ou d'origine étrangère ?

Cette question est en lien avec les éléments PICO suivants :

Population (P)	Personnel soignant, personnel médical, services de soins, managers
Phénomène d'intérêt (I)	Ressources et barrières organisationnelles et managériales à la mise en œuvre des compétences transculturelles
Contexte (Co) (Outcomes)	Milieu hospitalier psychiatrique et somatique, système de santé

Objectifs

Sur la base de la question de recherche mentionnée ci-dessus, il est possible d'envisager les objectifs souhaitables pour ce travail :

- mettre en évidence les ressources et les barrières à la mise en pratique des compétences transculturelles des soignants
- proposer des pistes d'action pour favoriser la compétence culturelle organisationnelle.

Ceci devrait garantir un contexte de soins non discriminant et ainsi la qualité de la prise en charge des patients issus de la migration.

Cadre de référence

Soins transculturels

« Les compétences cliniques transculturelles sont un ensemble d'attitudes, de connaissances et savoir-faire permettant de prodiguer des soins de qualité à des patients d'origines socioculturelles et linguistiques diverses. » (Althaus et al., 2010, p. 79). Selon Domenig (2007), les soignants transculturellement compétents doivent être capables de mener des réflexions sur leurs propres perceptions et leurs préjugés, de comprendre les perspectives de leur prochain et d'éviter la culturalisation et les stéréotypes. Trois piliers permettent d'atteindre une interaction transculturelle, noyau central de la compétence transculturelle selon Domenig (2007) :

- l'empathie narrative
- la réflexion sur soi-même
- l'expérience et les connaissances contextuelles.

Dans un premier temps, il semble essentiel que les professionnels puissent mener une réflexion sur leurs propres conceptions afin de les rendre plus conscients d'eux-mêmes. Cela leur permet dans un second temps de mieux comprendre le vécu et les perceptions des migrants. Les connaissances contextuelles, associées à l'expérience et à la réflexion sur soi-même, permettent une meilleure compréhension des migrants et de leur histoire. L'empathie narrative consiste quant à elle à adopter une attitude valorisante, respectueuse à l'égard des patients migrants, en questionnant constamment les préjugés, les idées racistes et les pratiques discriminatoires. La narration est placée au centre de la prise en soins. Ces trois piliers favorisent une bonne relation et la prise en compte des mondes individuels de chacun. (Althaus et al., 2010; Domenig, 2007)

Domenig (2007) mentionne également la nécessité d'un développement organisationnel transculturel permettant aux soignants la mise en pratique réelle de leurs compétences. Ainsi, l'amélioration de la compétence transculturelle ne peut être atteinte que si le changement a lieu à tous les niveaux d'une institution et par toutes les personnes impliquées dans le fonctionnement de l'établissement. Domenig (2007) propose ainsi un modèle pour un développement organisationnel transculturel. Celui-ci est divisé en trois catégories :

- le système-management qui permet la gestion, l'organisation, l'innovation et qui comprend notamment l'analyse de la situation actuelle permettant d'élaborer des propositions d'adaptation (documentation adéquate, etc.) et inclue également la direction, élément essentiel pour la mise en œuvre de pratiques transculturelles selon une stratégie Top-down.
- le marketing-management, dont font partie notamment les formations, la création de groupes de travail ou la collaboration avec les communautés de migrants par exemple.
- le ressource-management qui permet d'obtenir tous les moyens nécessaires à la mise en place des innovations pour des pratiques transculturelles. Les ressources financières, l'engagement d'un personnel diversifié d'un point de vue culturel ou la création de services d'interprétariat en font partie.

Pour que la mise en place de ces principes puisse être efficace, l'acceptation de chaque personne investie dans le processus de changement s'avère nécessaire, ce qui correspond au change-management. (Domenig, 2007) (traduction libre)

Les déterminants de la santé

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (1999) définit les déterminants de la santé comme l'ensemble des «facteurs personnels, sociaux, économiques et environnementaux qui déterminent l'état de santé des individus ou des populations». Ces facteurs sont nombreux, interdépendants et influent les uns sur les autres. Différents modèles ont été élaborés afin d'analyser ces déterminants. Le dernier modèle qui a été proposé en 2007 par la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS rassemble l'ensemble des déterminants reconnus jusqu'ici et porte avant tout sur les inégalités de santé. Ce modèle sépare les déterminants selon deux catégories (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, 2012) :

- les déterminants structurels des inégalités de santé, qui se rapportent au contexte politique et socio-économique. Parmi ces déterminants se trouvent aussi les valeurs de la société ainsi que la culture, mais également les différentes politiques qui influencent les déterminants intermédiaires mentionnés ci-dessous : politique sociale, gouvernance, politique macro-économique.

- les déterminants intermédiaires de santé relèvent quant à eux des conditions matérielles et psychologiques, des facteurs biologiques, des comportements et de l'accès au système de santé notamment. Les éléments suivants en font partie : logement, environnement de travail, stress, relations sociales, nutrition, activité physique, etc.

Le schéma est présenté par une image en annexe D. Il est essentiel de comprendre que les déterminants interagissent entre eux et que l'impact de chacun dépend du contexte dans lequel évolue chaque individu.

Le modèle des déterminants de santé permet de mettre en exergue une approche qui se distancie de la vision uniquement biomédicale de la santé et démontre que les facteurs influençant l'état de santé d'une personne sont multiples et dépendent des inégalités sociétales. (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, 2012)

La prise en compte d'un tel modèle est nécessaire afin d'offrir une prise en charge transculturelle efficiente, puisque les inégalités sociales propres à la population migrante influencent leur santé.

Salutogenèse

Au milieu des années 1970, Aaron Antonovsky, sociologue de médecine, a élaboré le concept de salutogenèse à la suite d'un questionnement sur le système de santé orienté essentiellement vers la maladie (Presses de l'Université Laval, S.d.; Quint-essenz Promotion Santé Suisse, 2013). Il s'est alors demandé pourquoi certaines personnes demeurent en bonne santé malgré des conditions de vie peu favorables ou des événements critiques. Selon Antonovsky, la santé est le résultat d'un processus dynamique d'interaction entre des facteurs de protection et des facteurs de stress. Afin de préserver la santé de chacun et de gérer au mieux les défis, toujours dans une optique de santé et non de pathogenèse, Antonovsky a développé le concept des « ressources généralisées de résistance », qui incluent des ressources physiques et psychiques, personnelles et interpersonnelles, socioculturelles et matérielles. Ces dernières constituent le potentiel de tout individu pour une gestion constructive des tensions et du stress. (Quint-essenz Promotion Santé Suisse, 2013)

Sur la base de ces réflexions, Antonovsky a également élaboré le modèle du « sens de la cohérence », qui est défini par un sentiment de confiance, permanent mais dynamique. Ce sens de la cohérence dépend de trois piliers :

- la compréhension des événements de la vie
- le sentiment de pouvoir gérer ces événements
- le sentiment que ces événements ont un sens.

Selon Antonovsky (cité selon Quint-essenz Promotion Santé Suisse, 2013), plus le sentiment de cohérence est développé, plus un individu est porté vers son pôle santé, car il est alors plus à même de gérer ses défis avec souplesse et de mobiliser ses ressources.

Dans la pratique, la salutogenèse implique la promotion de conditions cadres favorables à la santé de tous et l'intégration de chaque être humain dans les processus de changement, afin qu'ils disposent d'un potentiel large de ressources. (Quint-essenz Promotion Santé Suisse, 2013)

Qualité des soins

Selon l'OMS (cité selon Santé Publique, 2013), la qualité des soins est :

une démarche qui doit permettre de garantir à chaque patient la combinaison d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en terme de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins.

Les différentes dimensions qui sous-tendent ce concept comprennent notamment la relation établie entre l'équipe soignante et le patient. La confiance qui naîtra d'une relation qualitative impactera inévitablement sur l'adhésion du patient

au plan de soins et garantira, ou non, le succès de la prise en charge. (Hurlimann, 2001)

L'OMS (cité selon Bengoa & World Health, 2006) (traduction libre) définit six dimensions de la qualité. Les soins doivent ainsi être :

- efficaces, en adéquation avec les évidences, basés sur les besoins et résultant sur l'amélioration de la santé
- efficaces, en mettant à disposition un système de soins qui maximise les ressources et évite le gaspillage
- accessibles en un temps raisonnable et proposés dans un contexte adapté aux besoins
- acceptables/centrés sur le patient, en tenant compte des aspirations et des préférences de chaque individu, mais également de la culture des communautés
- équitables, dans la mesure où la qualité ne doit pas varier selon le genre, la race, l'ethnie, l'origine ou le statut socio-économique du patient
- sûrs, en minimisant les risques et les dommages pour les patients.

Les garants de la qualité sont nombreux et comprennent les politiques et stratégies de développement du système de santé mais également les fournisseurs de soins et les patients eux-mêmes (Bengoa & World Health, 2006)(traduction libre).

Organisation et management

L'organisation des soins représente une thématique particulièrement vaste et complexe (Griesser, 2010). Selon Anne-Claude Griesser (2010), elle se définit par « l'ensemble des structures, mécanismes de coordination et méthodes de travail permettant la dispensation des soins » (p.55). L'organisation des soins repose sur

quatre aspects : les structures de soins, les processus de soins, l'équipe interdisciplinaire et le système d'information. Ces facettes sont intercomplémentaires et garantissent, lorsque la gouvernance et le financement le permettent, des soins qualitatifs, sûrs et efficaces.

Les structures et les processus représentent les différents instruments nécessaires à la coordination des activités. La différenciation de ces deux termes n'est pas aisée. Selon Griesser (2010), les structures comprennent « les éléments qui contiennent les activités et leur permettent de se dérouler » (p.62), comme par exemple une amélioration de la dotation du personnel. Les processus correspondent quant à eux à la manière dont est organisée l'institution de soins et comment sont gérées sa dynamique et ses ressources. Pour favoriser la qualité des soins, il est essentiel de travailler tant sur les structures que sur les processus. (Griesser, 2010)

Les moyens d'améliorer l'organisation d'un établissement de soins sont multiples. Ballé et Champion-Daviller (2004) proposent l'approche des 5R qui permet de comprendre l'organisation sans demeurer dans une vision trop globale :

- la Réalité du terrain, qui comprend l'ensemble de petites difficultés qui, lorsqu'elles s'accumulent, envahissent le terrain.

- la Réalité des personnes, qui nécessite de « s'interroger sur les fonctionnements réels et pratiques des intervenants de l'hôpital. [ō] Reconnaître la réalité des personnes signifie arrêter de penser à leur place ou de croire que l'on sait toujours mieux. » (p.13).

- la Réalité des actions qui « forment le processus de base de l'organisation. » (p.13)

- la Réalité des budgets qui permet de connaître les ressources à disposition.

- la Réalité des faits, dernier élément de cette démarche, permet de sortir du flou affectif et polémique que peuvent susciter certaines décisions et demeurer dans le domaine pratique. (Ballé & Champion-Daviller, 2004)

Les responsables du management, « technique d'organisation des ressources d'une organisation » (Arcos, Kempf, Martinez & Couty, 2010, p.20), doivent garantir un cadre rigoureux et constructif nécessaire à la qualité de l'établissement. Le management doit ainsi respecter des principes moraux tout en « se affirmant comme un processus décisionnel garant de la qualité du choix » (Arcos et al., 2010, p.20).

Méthode

Argumentation du devis de recherche

Pour la élaboration de ce travail, le choix a été porté sur la revue de littérature, afin de « collecter et d'analyser systématiquement les recherches disponibles sur le sujet » (Fortin & Gagnon, 2010). Une telle recension décrits permet de rédiger un résumé des études disponibles jusqu'alors sur le sujet et d'en analyser les résultats (Fortin & Gagnon, 2010) afin de se rendre compte de l'état des connaissances concernant une question de recherche précise.

La rédaction d'une revue de littérature nécessite en premier lieu la élaboration d'une problématique et d'une question de recherche claire, précisée suite à la lecture des savoirs disponibles sur la thématique. Puis, suite à une recherche rigoureuse sur des banques de données, les études recensées sur le sujet choisi sont sélectionnées ou éliminées selon des critères précis. Une analyse critique de chaque recherche est ensuite entreprise et enfin, les résultats de chacune des études sont synthétisés. La qualité d'une revue de littérature dépend notamment de la clarté de la question de recherche, de la manière dont les recherches ont été entreprises, de la définition des critères d'inclusion et d'exclusion, des critères utilisés pour l'analyse critique et de la structure de présentation des résultats notamment. (Mayer, 2007) (traduction libre)

Ce devis permet ainsi d'établir une synthèse des connaissances actuelles concernant les barrières et les ressources organisationnelles et managériales à la mise en œuvre des compétences transculturelles des soignants. Ces résultats permettront ainsi de déduire quelles peuvent être les recommandations de compétences culturelles structurelles nécessaires pour accompagner les soignants dans la prise en charge des patients issus de la migration.

Banques de données

La recension d'articles scientifiques permettant de répondre à la question de recherche a été réalisée grâce à deux bases de données contenant des références sur des études en lien avec le monde médical et les sciences infirmières : CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature) et PubMed.

Les critères de sélection

Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion suivants ont permis de sélectionner les études les plus adaptées pour répondre à la problématique :

- études publiées à partir de 2005 en français, en anglais ou en allemand
- études qualitatives et quantitatives
- personnel médical et soignant
- lien entre les compétences culturelles et l'organisation au sens large
- lien entre les compétences culturelles et le management

Critères d'exclusion

Les critères d'exclusion suivants servaient à éliminer les recherches peu pertinentes pour ce travail :

- études publiées et réalisées avant 2005
- revues de littérature et méta-analyses
- études portant sur des problématiques de transculturalité, sans lien suffisamment fort avec l'organisation et le management (efficacité des

compétences transculturelles en général, accès aux soins pour les migrants, lien entre les compétences transculturelles et la santé des migrants)

- études dont le échantillon ne prenait en compte que des aides-soignants
- études réalisées dans un contexte non-hospitalier

Stratégies de recherche

Cinq études ont été sélectionnées suite à des recherches simples réalisées sur les bases de données CINAHL et Pubmed, en associant des termes Mesh et des mots-clés. Deux études ont été sélectionnées à partir des références mentionnées dans certains articles. Il s'agit donc de Berry Picking.

Les tableaux présentant les stratégies de recherche des articles se trouvent en annexe E.

L'image suivante résume le processus de recherche des articles sélectionnés.

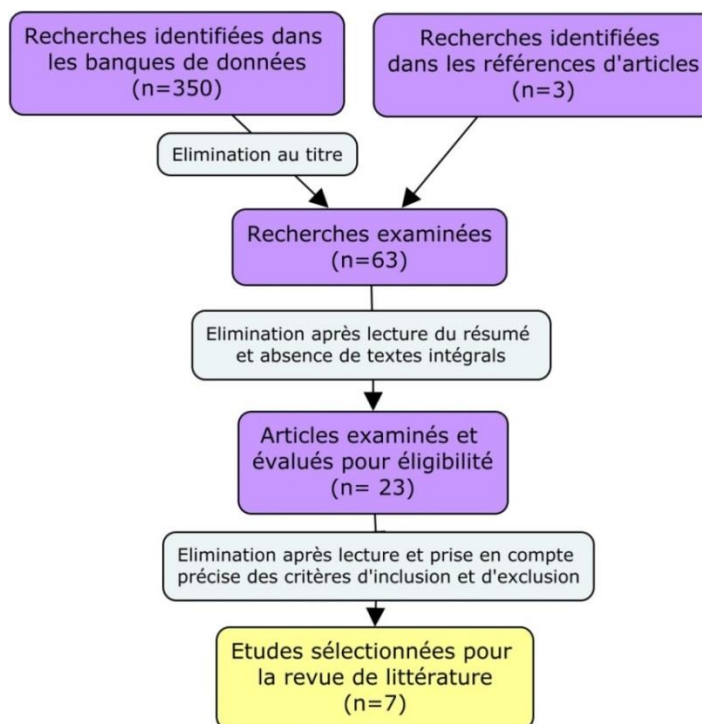


Figure 1. Processus de recherche.

Analyse critique

Chaque étude a été analysée à l'aide des grilles de lecture d'articles scientifiques proposées par Loisel (2007). Deux grilles différentes ont permis de se pencher avec précision sur les études selon qu'elles appartiennent au devis qualitatif ou quantitatif. Ces grilles ont été choisies car elles permettent de juger de manière critique et structurée des éléments de qualité d'une recherche scientifique. Bien que parfois redondantes, ces grilles intègrent tous les éléments d'analyse et permettent de les développer afin de mieux comprendre la recherche étudiée.

L'analyse critique de chacune des recherches est jointe en annexe F. Ces grilles ont été rédigées sur la base d'un résumé d'une traduction libre des articles.

Résultats

Traitement des données

Afin d'aboutir à une synthèse des résultats pertinente, structurée et complète, deux étapes ont été entreprises. Dans un premier temps, les résultats de chaque étude ont été intégrés à un tableau et développés en détails selon chaque article. Une colonne décrit les résultats et la seconde les éléments de la discussion de chaque recherche. Ces derniers ne sont certes pas intégrés au présent travail mais ont contribué à une meilleure compréhension des études, raison pour laquelle ils sont présentés dans ce tableau joint en annexe G. Il a été rédigé sur la base d'une lecture critique à partir d'une traduction libre des articles. Suite à cela, un tableau résumant ce premier document a été réalisé (annexe H). Les résultats ont alors été classés selon deux catégories principales :

- les barrières à la mise en œuvre de pratiques culturelles compétentes
- les ressources et les propositions pour la mise en œuvre de ces pratiques.

Les résultats du second tableau sont également structurés selon des sous-catégories thématiques comprenant les caractéristiques de l'équipe soignante interdisciplinaire et du service, la technique/environnement/matériel, le système de santé, les finances et ressources, le management, la formation, la collaboration avec les migrants et leurs communautés et le temps.

Ces catégories ont été choisies car il s'agit d'éléments importants qui sont ressortis des études et qui permettent de structurer quelque peu la présentation des résultats.

Synthèse des résultats

Les chapitres ci-dessous résument les résultats obtenus suite aux étapes de classification des deux tableaux. Ils sont présentés dans l'ordre selon le nombre d'études qui les mentionnent.

Caractéristiques de l'équipe soignante interdisciplinaire et du service (n = 5)

Cinq des études sélectionnées pour cette revue de littérature mentionnent des caractéristiques de l'équipe soignante comme barrières ou ressources à la mise en œuvre des pratiques culturelles (Beune, Haafkens & Bindels, 2011; Guerrero, 2010; Guerrero & Kim, 2013; Paez, Allen, Carson & Cooper, 2008; Priebe et al., 2011).

Barrières

Le roulement des médecins assistants représente une barrière à la mise en œuvre de nouvelles pratiques culturelles, dans la mesure où le transfert des connaissances n'est pas toujours aisé (Beune et al., 2011).

Les services comptant davantage de membres de l'équipe diplômés ou de formations supérieures démontrent une moindre adoption de pratiques culturelles. Les membres de l'équipe ont également moins de connaissances concernant les communautés issues de la migration et s'investissent moins auprès de ces dernières. (Guerrero & Kim, 2013)

Une résistance générale à l'innovation a été remarquée au sein de certaines équipes de soins. De plus, certains soignants ont tendance à « retomber » dans les vieilles habitudes qui nécessitent moins d'écoute du patient et proposent des solutions toutes faites. (Beune et al., 2011)

Comme l'ont démontré Beune et al. (2011), des connaissances générales nécessaires à la mise en œuvre de nouveaux protocoles transculturels font parfois défaut (p.ex. connaissances en informatique ou sur l'hypertension artérielle).

Le manque d'accès à des services d'interprétariat représente un obstacle de taille à une prise en charge de qualité des patients migrants. La traduction est par conséquent souvent assurée par un membre de l'entourage. Cela s'avère néanmoins problématique puisque ces derniers sélectionnent, résument ou censurent parfois ce qu'ils traduisent. Les règles de confidentialité ne sont également pas respectées. D'autres professionnels estiment néanmoins que l'aide à la traduction par l'entourage peut s'avérer positive car cela permet d'obtenir des informations plus complètes sur les patients. (Priebe et al., 2011)

Ressources et propositions

Les personnes interrogées par Priebe et al. (2011) mentionnent la flexibilité organisationnelle, incluant une individualisation des soins, comme un élément essentiel pour une prise en charge adaptée aux besoins culturels des personnes migrantes. Ainsi, la continuité des soins, le respect, l'écoute, le non-jugement et la convivialité constituent des éléments de bonne pratique pour construire une relation positive avec les migrants (Priebe et al., 2011).

Beune et al. (2011) proposent également du coaching individuel pour améliorer les compétences et discuter des résistances au changement. Une définition claire des rôles de chacun au sein de l'équipe contribuerait à une mise en œuvre plus facile des protocoles de pratique culturelle (Beune et al., 2011).

La conscience culturelle des professionnels serait développée plus efficacement si les équipes bénéficiaient de cours afin de développer leur savoir-faire ou si elles travaillaient dans un contexte multiculturel (Priebe et al., 2011).

Plusieurs études mentionnent l'importance d'avoir une équipe de soins diversifiée d'un point de vue culturel (Guerrero & Kim, 2013; Paez et al., 2008; Priebe et al., 2011), afin d'apprendre de ses collègues et de développer sa conscience culturelle. Paez et al. (2008) affirment que le pourcentage des membres de l'équipe non-blancs est positivement associé à la motivation ($p < 0.005$) et au comportement culturellement adaptés des soignants ($p < 0.002$). Une prise en charge par des professionnels de même race ou langue que le patient peut également être offerte plus souvent si les soignants sont issus de contextes culturels variés (Guerrero, 2010).

Certaines caractéristiques des membres de l'équipe, telles que l'efficacité ou l'adaptabilité, sont positivement associées avec l'investissement personnel au sein des communautés ($r = .16, p < .05$) (Guerrero & Kim, 2013). Selon Paez et al. (2008), d'autres caractéristiques, telles que le sexe ou une orientation politique plutôt libérale, jouent un rôle dans l'adoption d'attitudes culturelles compétentes.

La mise à disposition de services d'interprétariat de qualité . les interprètes devraient connaître la terminologie médicale et respecter la discrétion professionnelle . favoriserait une prise en charge optimale des migrants. Il serait également nécessaire que les traducteurs puissent être disponibles facilement et rapidement. (Priebe et al., 2011)

Cette catégorie est étroitement en lien avec celle se rapportant au management. Les managers ont une part de responsabilité dans la manière dont sont gérés les services et dans la composition d'une équipe de soins (ressources humaines).

Système de santé (n = 5)

Cinq études mentionnent des éléments en lien avec le système de santé et son fonctionnement en général (Guerrero, 2012; Guerrero & Kim, 2013; Paez et al., 2008; Priebe et al., 2011; Weech-Maldonado et al., 2012)

Barrières

Les programmes établis au sein d'une organisation « parente » plus grande sont négativement corrélés aux connaissances [B (SE) = -.25 (.08), $p < .01$] (Guerrero & Kim, 2013). Les auteurs ne définissent toutefois pas ce qu'ils considèrent comme une organisation parente plus grande. Il semble qu'il s'agisse de petits hôpitaux intégrés à un réseau hospitalier.

Le manque de familiarité des migrants avec le système de santé du pays hôte peut se révéler problématique. Les migrants sous-estiment par exemple certains services disponibles et n'utilisent souvent que les services d'urgences. (Priebe et al., 2011)

Ressources

Les hôpitaux situés au sein de marchés plus compétitifs présentent de meilleures pratiques culturelles (Weech-Maldonado et al., 2012).

Un hôpital à but non lucratif démontre une meilleure compétence culturelle que ceux ayant des objectifs lucratifs (Weech-Maldonado et al., 2012).

Les hôpitaux ayant adopté les recommandations des Culturally and Linguistically Appropriate Services (CLAS), permettant d'évaluer le niveau de compétence clinique culturelle, ont des soignants et des médecins qui démontrent des comportements et des attitudes culturellement plus compétents (Paez et al., 2008).

Les institutions qui bénéficient d'une licence de ville démontrent un degré d'adoption de compétences culturelles et linguistiques plus élevé. L'article ne définit et n'explique néanmoins pas ce qu'est une licence de ville et ce que cela implique pour un hôpital. (Guerrero, 2012)

Les établissements de santé qui comptent une plus grande diversité de clients d'un point de vue culturel démontrent une meilleure mise en œuvre des pratiques culturelles (Guerrero, 2012; Weech-Maldonado et al., 2012).

Formation (n = 5)

Cinq études se sont penchées sur l'importance de dispenser des formations aux membres des équipes soignantes pour que les pratiques culturelles soient ensuite réellement mises en pratique (Guerrero, 2010; 2012; Guerrero & Kim, 2013; Paez et al., 2008; Priebe et al., 2011).

Ressources et propositions

Les professionnels de la santé ayant pris part à l'étude de Priebe et al. (2011) suggèrent que des cours soient dispensés aux équipes de soins afin que chacun puisse développer sa conscience culturelle. Les formations devraient pour ce faire notamment fournir des informations concernant les pathologies spécifiques des migrants, les compréhensions culturelles de la maladie et des traitements et des informations relatives aux tabous et normes culturelles ou religieuses. Les droits des migrants et des moyens de trouver des financements pour les soins des sans-papiers pourraient selon eux également être abordés durant ces cours. (Priebe et al., 2011)

La formation des personnes dirigeantes, les chefs ou les directeurs, semble jouer un rôle dans l'adoption de pratiques culturelles. Plus un directeur est formé au

niveau académique et moins les membres des équipes soignantes bénéficient de formations aux compétences culturelles (Guerrero, 2010). Toutefois, à cela vient s'opposer le fait que le niveau de formation des chefs est lui positivement associé à l'adoption de procédures culturellement adaptées (Guerrero, 2012; Guerrero & Kim, 2013).

Paez et al. (2008) ont mis en évidence le fait que, si les cours de compétences culturelles n'ont certes pas amélioré significativement l'attitude et le comportement des soignants, leur motivation culturelle est, elle, positivement associée aux cours dispensés.

Finances et ressources (n = 4)

Quatre études abordent la problématique du financement en lien avec les pratiques culturelles (Beune et al., 2011; Guerrero, 2012; Guerrero & Kim, 2013; Priebe et al., 2011).

Barrières

La politique de financement nationale du système de santé peut créer une problématique lorsqu'elle ne soutient pas les innovations visant à améliorer la qualité des soins et cherche avant tout à augmenter la productivité des professionnels pour diminuer les frais. Ces derniers sont ainsi moins motivés à entreprendre des changements et à investir de l'énergie et du temps dans de nouveaux protocoles de soins transculturels. (Beune et al., 2011)

Priebe et al. (2011) mentionnent la difficulté pour les professionnels de la santé d'arranger des soins pour les migrants ne bénéficiant pas de couverture sociale, ayant peu de réseau social et une situation économique peu stable.

Ressources et propositions

Dans la logique inverse, Priebe et al. (2011) mentionnent la nécessité de disposer de ressources suffisantes pour qu'une organisation culturelle compétente puisse être mise en œuvre. Les études ne proposent toutefois pas toujours les mêmes sources de financement. Ainsi, Priebe et al. (2011) parlent davantage de fonds privés, notamment des Organisations Non Gouvernementales (ONG) afin de prendre en charge les frais induits par les soins aux patients en statut illégal ou sans papiers.

Guerrero mentionne quant à lui dans deux de ses études (2012; 2013) l'importance de bénéficier de financements publics pour qu'une compétence clinique culturelle soit réellement implantée. Une corrélation a été mise en évidence entre les ressources financières d'ordre public et l'adoption par les établissements hospitaliers d'une pratique organisationnelle culturellement compétente [B (SE) = 3.49 (1.24), $p < .01$]. Guerrero (2012) mentionne également que les financements spécialement dédiés à l'adoption de telles pratiques favorisent effectivement leur mise en œuvre.

Beune et al. (2011) proposent de enregistrer le nombre d'heures supplémentaires passées par l'équipe soignante à dispenser de l'éducation aux patients de manière culturellement compétente. Cela permettrait d'avoir des données de base pour chercher des moyens de remboursement (privés ou publics).

Technique, matériel et environnement (n = 3)

Trois études abordent la thématique du matériel à disposition, de l'environnement de soins ou de la technique (Beune et al., 2011; Paez et al., 2008; Priebe et al., 2011).

Barrières

Selon les professionnels de la santé ayant pris part à l'étude de Beune et al. (2011), les problèmes techniques (notamment lors de l'enregistrement de données informatisées) et l'environnement de travail (manque de chambres individuelles) représentent des obstacles à la mise en œuvre de pratiques culturelles. Certains soignants ont également manifesté des réticences à l'enregistrement des données concernant l'origine ethnique des patients, craignant que cela ne contribue à de la stigmatisation et de la discrimination (Beune et al., 2011).

Un manque d'accès à l'histoire médicale (vaccins, allergies, antécédents) a constitué une barrière pour les soignants interrogés par Priebe et al. (2011), particulièrement pour les migrants sans-papiers.

Ressources et propositions

Les soignants proposent la création d'une base de données contenant l'histoire médicale des patients, ainsi que l'utilisation de plus de documents, même pour les migrants en séjour illégal (Priebe et al., 2011).

Deux études (Paez et al., 2008; Priebe et al., 2011) mentionnent la nécessité de disposer de matériel éducationnel et d'information adapté à la langue et à la culture des patients. Paez et al. (2008) démontrent ainsi que les soignants qui travaillent dans des cliniques mettant du matériel adéquat à disposition font montre d'une attitude démontrant davantage de motivation à connaître les cultures et d'un comportement plus adapté aux soins culturels. Un tel matériel permettrait également aux migrants de mieux connaître le système de santé du pays hôte. Les répondants de Priebe et al. (2011) ont également suggéré la mise sur pied de projets de santé communautaire ou de rencontres en soirée, lors desquelles les équipes soignantes

effectueraient de l'éducation au patient et expliqueraient le fonctionnement du système de santé.

La création de directives claires sur les droits d'être soigné selon les groupes de migrants et sur les problèmes légaux apporterait davantage de clarté aux professionnels de la santé. Les professionnels demandent aussi davantage de transparence sur les conditions considérées comme une menace pour la vie, lors desquelles une prise en charge d'urgence est requise et exceptionnellement autorisée. (Priebe et al., 2011)

La mise à disposition de chambres individuelles favoriserait la qualité de la prise en charge selon les répondants de Beune et al. (2011).

Selon Beune et al. (2011), l'introduction de protocoles favorisant des soins culturels doit se faire progressivement. Du matériel d'information écrit concernant l'utilisation de ces protocoles favoriserait également leur adoption par les membres du personnel nouvellement engagés (Beune et al., 2011).

Management (n = 3)

Trois études, toutes du même auteur, mentionnent le lien entre la compétence culturelle organisationnelle et le management/les caractéristiques des chefs et des directeurs (Guerrero, 2010, 2012; Guerrero & Kim, 2013). Cette catégorie ne compte que des ressources.

Ressources

Lorsque les chefs sont convaincus de l'importance d'une prise en charge des patients issus de minorités par des conseillers ou des soignants provenant de la même ethnie, même race, ou parlant la même langue, alors l'adoption de cette pratique est plus marquée (Guerrero, 2010).

Selon Guerrero (2010, 2012), la sensibilité culturelle des chefs [Tobit (SE) = 0.78 (0.23) et 0.10 (0.03), pour ces deux variables $p < .001$] et les liens établis par les directeurs avec les minorités [Tobit (SE) = 2.10 (0.92) et 0.22 (0.12), pour la première variable $p < .01$ et pour la deuxième $p < .05$] se sont avérés être des éléments essentiels pour l'adoption de pratiques culturelles et linguistiques compétentes, notamment le nombre de formations et le nombre d'heures de cours dispensées aux membres de l'équipe sur les compétences culturelles.

Une bonne capacité de leadership au niveau des directeurs et des chefs est positivement associée à la mise sur pied d'une équipe de soin culturellement hétérogène ainsi qu'à un meilleur accès aux minorités [B (SE) = .33 (.13), $p < .05$ et B (SE) = .33 (.13), $p < .05$] (Guerrero & Kim, 2013).

Le climat organisationnel (mission, cohésion, autonomie, etc.) joue également un rôle primordial pour le développement de connaissances concernant les minorités et la mise en pratique de procédures culturelles compétentes (Guerrero & Kim, 2013).

Collaboration et relations avec les migrants et leurs communautés (n = 3)

Trois études évoquent la nécessité d'établir des liens avec les communautés de migrants pour favoriser la mise en pratique des compétences culturelles (Guerrero, 2010; Guerrero & Kim, 2013; Priebe et al., 2011).

Barrières

Les différentes compréhensions du corps humain, des maladies et des traitements représentent des barrières à la pose du diagnostic ou au suivi du traitement par le patient. Les coutumes et les normes culturelles ou religieuses compliquent parfois également les examens et les traitements. La relation entre les

migrants et les soignants est parfois compliquée en raison de attitudes méfiantes ou d'un manque de confiance de la part des patients. (Priebe et al., 2011)

Ressources et propositions

Selon les intervenants de Priebe et al. (2011), la proximité géographique avec les populations de migrants permettrait de réduire d'éventuels problèmes associés avec le maintien des rendez-vous ou le coût des transports. Ils proposent également, si des services locaux sont aménagés, de mettre à disposition des tranches horaires sans nécessité de fixer des rendez-vous. La continuité des soins et la flexibilité seraient ainsi favorisées. (Priebe et al., 2011)

Toujours selon Priebe et al. (2011), un travail avec les familles des patients migrants, les communautés et les services sociaux favoriserait l'échange d'informations et ainsi la qualité de la prise en charge des migrants. Une collaboration avec les communautés permet également de mettre en lien les patients plus isolés avec des personnes ressources. La mise en contact des migrants avec différents services de soutien, tels que des organisations de réfugiés, des centres de femmes migrantes, des centres d'apprentissage de langues par exemple, favoriserait également la qualité de l'offre en soin. (Priebe et al., 2011)

Guerrero (2010) et Guerrero et Kim (2013) confirment cette proposition puisqu'ils ont démontré que les relations établies par les directeurs avec les communautés de migrants et leur investissement auprès de ces dernières renforcent les compétences culturelles au sein des unités *Outpatient Substance Abuse Treatment* (OSAT). Par exemple, plus un directeur passe d'heures au sein des communautés et plus nombreux sont les membres de l'équipe recevant une formation en compétences culturelles (Guerrero, 2010).

Temps (n = 2)

Deux recherches (Beune et al., 2011; Priebe et al., 2011) mentionnent le facteur temps comme un élément influençant considérablement la mise en œuvre des compétences transculturelles.

Barrières

Selon Beune et al. (2011), les contraintes de temps et les charges de travail trop élevées, parfois dues au fait que les personnes malades ne sont pas remplacées, représentent des barrières à la mise en pratique des compétences culturelles.

Le temps nécessaire à l'organisation d'un service d'interprétariat et celui induit par la traduction allongent inévitablement la prise en charge (Priebe et al., 2011).

Propositions

Selon les soignants interrogés par Priebe et al. (2011), la flexibilité organisationnelle, incluant un temps suffisant, permettrait d'offrir une prise en charge plus adaptée aux besoins culturels des migrants. Les répondants ont également suggéré que les établissements engagent du personnel spécialement pour la prise en charge des problèmes administratifs et sociaux induits par les situations parfois complexes des patients migrants. Une telle répartition des tâches au sein de l'équipe permettrait aux soignants de se consacrer essentiellement aux soins et ainsi de gagner du temps. (Priebe et al., 2011)

Précision concernant les résultats

La catégorie « ressources et propositions » comprend autant les éléments qui ont scientifiquement été reconnus comme une ressource mais également les propositions des soignants pour améliorer la culture organisationnelle en faveur des soins aux migrants. Ces propositions proviennent toutes de Priebe et al (2011).

Discussion

L'objectif de ce travail consiste à identifier les barrières et les ressources structurelles à la mise en pratique des compétences transculturelles des soignants ainsi qu'à proposer par la suite des pistes d'action pour améliorer leur mise en œuvre. Pour ce faire, sept recherches scientifiques ont été sélectionnées. Ces dernières traitent des conditions cadres organisationnelles et managériales influençant la pratique culturelle au sein des établissements hospitaliers. Le panel de résultats issus de ces études est particulièrement large et varié, ce qui rend compte de la complexité de cette thématique. Afin de favoriser une discussion de qualité de ces résultats, un regard critique concernant les études sélectionnées est décrit en premier lieu dans ce chapitre. Puis, des liens avec le cadre de référence présenté en début de travail sont établis. Pour terminer, les points forts et les limites de ce travail sont explicités, tout comme les recommandations pour la pratique infirmière et les recherches à venir.

Critique des recherches sélectionnées

L'analyse critique des recherches scientifiques sélectionnées a démontré que chacune d'entre elles présente une certaine rigueur méthodologique. Elles présentent une structure adéquate et conforme aux critères IMRAD (Introduction, Méthode/Matériel, Résultats And Discussion). Les critères d'inclusion et d'exclusion ont été respectés. Les résultats de toutes les études permettent de répondre à la question de recherche du présent travail et d'aboutir aux objectifs fixés préalablement.

Devis

Aucune des études sélectionnées pour cette revue ne mentionne explicitement le devis de recherche. Deux des études correspondent au devis qualitatif. L'une

entre elles se rapproche d'un devis qualitatif phénoménologique descriptif (Priebe et al., 2011), basé sur une analyse de contenu à large échelle. Le devis de la seconde (Beune et al., 2011) n'est pas précisé. Il s'agit néanmoins d'une analyse de contenu. Les cinq autres recherches répondent aux critères du devis quantitatif (Guerrero, 2010; 2012; Guerrero & Kim, 2013; Paez et al., 2008; Weech-Maldonado et al., 2012). Le fait que les études quantitatives soient toutes descriptives et corrélationnelles peut être considéré comme un avantage, car l'analyse et la comparaison des résultats sont plus aisées.

Le mélange des devis a permis d'établir une certaine complémentarité entre des données basées sur les dires et les besoins des soignants et l'évaluation de données purement statistiques. Toutes les études sélectionnées sont descriptives (non-expérimentales), ce qui peut constituer une faiblesse de ce travail. Le sujet étudié ne permet peut-être pas de réaliser des recherches expérimentales. Le mélange entre les devis quantitatifs corrélationnels et les recherches qualitatives permet toutefois d'établir une bonne vision d'ensemble de la thématique.

Méthode

Les cinq études quantitatives se sont basées sur divers instruments statistiques, incluant notamment l'utilisation du coefficient alpha de Cronbach et parfois la méthode Rasch. Le traitement des données est fidèle aux analyses statistiques reconnues dans le milieu de la recherche et la méthodologie de recherche est, dans chacune des études, décrite avec précision. Les auteurs relatent les biais et les mesures entreprises pour les éviter.

Les deux recherches qualitatives ont été effectuées sur la base d'une analyse de contenu. Il s'agit là d'une méthode fidèle à la tradition de recherche qualitative, qui permet, lorsque les recueils de données sont effectués de manière très large, de

chercher des liens entre les résultats afin de créer des catégories représentatives et complètes.

Années de publication

Afin de répondre aux critères de conclusion établis préalablement à la rédaction de ce travail, seules des études publiées après 2005 ont été sélectionnées. Elles sont donc toutes relativement récentes, ce qui garantit l'actualité des données et ainsi la transférabilité au contexte actuel. Il est à noter néanmoins que deux études ont utilisé des données datant de 1995 (Guerrero 2010; 2012). Ces dernières ont toutefois dans les deux cas été complétées par des interviews téléphoniques plus récents. Dans l'une des recherches (Guerrero, 2010), les données de 1995 étaient également comparées avec les données de 2005. Cette complémentarité entre les informations recueillies en 1995 et les données plus récentes permet donc de diminuer le biais induit par l'utilisation de données plus anciennes.

Pays

Cinq des études sélectionnées (Guerrero, 2010; 2012; Guerrero & Kim, 2013; Paez et al., 2008; Weech-Maldonado et al., 2012) ont été réalisées aux Etats-Unis et deux (Beune et al, 2011; Priebe et al., 2011) sur le territoire européen. Aucune recherche réalisée en Suisse et correspondant à la question de recherche n'a été trouvée.

La prépondérance des résultats correspondant au contexte états-unien représente un déséquilibre. Ce dernier peut sans doute être expliqué par le fait que les études sur ce sujet ont avant tout été réalisées en Amérique car la diversité culturelle de la population états-unienne est particulièrement forte, au vu de l'histoire migratoire très ancienne de cette région.

Les deux recherches effectuées en Europe, toutes deux qualitatives, sont toutefois particulièrement complètes et rigoureuses. L'une d'entre elle (Priebe et al., 2011) représente une large partie du territoire européen et ainsi de multiples contextes culturels. Les résultats obtenus étaient pour la plupart identiques dans tous les pays étudiés lors de cette recherche. Les deux études réalisées en Europe contiennent de très nombreuses informations et leurs résultats sont diversifiés, ce qui permet de compenser quelque peu le déséquilibre induit par la majorité d'études réalisées en Amérique.

Ethique

Quatre études (Beune et al., 2011; Paez et al., 2008; Priebe et al., 2011; Weech-Maldonado et al., 2012) mentionnent les procédures de respect des normes éthiques qu'elles ont entreprises (approbation d'un comité d'éthique, consentement éclairé des participants, anonymisation des données). Elles ne le font toutefois que très brièvement et peu rigoureusement. Trois études (Guerrero, 2010, 2012; Guerrero & Kim, 2013) n'abordent pas du tout cette question.

Il s'agit là d'un manque évident de la part des auteurs des études. Cela peut être expliqué par le fait qu'aucune donnée concernant les patients n'a été utilisée et qu'aucune mesure ou intervention invasive n'a été mise sur pied.

Echantillon

Les études ont été réalisées au sein de services de soins primaires (Beune et al., 2011; Paez et al., 2008; Priebe et al., 2011), d'unités OSAT et d'autres services d'addiction ou de santé mentale (Guerrero, 2010, 2012; Guerrero & Kim, 2013; Priebe et al., 2011), d'unités d'urgences (Priebe et al., 2011) ou d'hôpitaux en général (Weech-Maldonado et al., 2012).

Initialement, il était prévu de n'intégrer que des recherches scientifiques portant sur les infirmiers/ères. Etant donné qu'aucune étude répondant à ce critère n'a été trouvée, l'échantillon a été élargi et inclut également d'autres corps professionnels médicaux. Ceci n'est cependant pas problématique. D'une part, parce que plusieurs recherches ont étudié des programmes plutôt que les expériences d'une équipe de soins. Et d'autre part, parce que les difficultés rencontrées par les professionnels sont semblables selon les différents métiers et donc transférables.

Discussion des résultats et liens avec le cadre de référence

Caractéristiques de l'équipe soignante interdisciplinaire et du service

Les résultats issus de cette revue de littérature mettent en évidence le fait que les équipes comptant davantage de personnel diplômé est négativement corrélé aux pratiques culturelles (Guerrero & Kim, 2013), tout comme la résistance générale à l'innovation (Beune et al., 2011). Une répartition des tâches efficaces et une flexibilité organisationnelle contribueraient selon Beune et al. (2011) et Priebe et al. (2011) à faciliter la qualité des soins aux migrants. De même, la diversité culturelle des membres d'une équipe garantissent la mise en œuvre de pratiques culturellement compétentes, comme l'ont démontré Guerrero et Kim (2013), Paez et al. (2008) et Priebe et al. (2011). Enfin, Priebe et al. (2011) affirment que le manque d'accès à des services d'interprétariat disponibles et qualifiés représente une barrière à une prise en charge optimale alors que l'établissement de relations positives avec les migrants est une ressource considérable.

Le modèle de compétence transculturelle organisationnelle cité par Domenig (2007) étaye ces conclusions. En effet, selon Domenig (2007), la notion de ressource-management inclut les moyens nécessaires à la mise en place de pratiques transculturelles innovantes et notamment l'engagement d'un personnel

diversifié d'un point de vue culturel. Domenig (2007) a également proposé le concept de change-management qui a pour objectif de promouvoir l'acceptation par les professionnels des changements innovateurs entrepris dans un milieu. Les nouveautés, les adaptations et les innovations représentent en effet toujours une certaine menace, dans la mesure où elles impliquent des efforts supplémentaires ou une perte de pouvoir par exemple. De ce fait, la résistance à l'innovation peut être, comme démontré par Beune et al. (2011) et confirmé par Domenig, une barrière à la mise en œuvre des pratiques transculturelles (Domenig, 2007). La mise à disposition de services d'interprétariat est un aspect des plus importants de la prise en charge transculturelle, élément démontré par Priebe et al. (2011) et inclus dans le ressource-management de Domenig (2007) car il permet notamment l'établissement d'une bonne relation avec les soignants, ce qui constitue un pilier de la qualité de la prise en charge (Hurlimann, 2001).

La nécessité mentionnée par les soignants interrogés par Priebe et al. (2011) de disposer d'une flexibilité organisationnelle afin d'individualiser davantage les soins est en adéquation avec le concept de la qualité des soins. Celui-ci postule en effet qu'il est essentiel de fournir une prise en charge équitable, centrée sur les patients et leurs besoins spécifiques (Bengoa & World Health, 2006). De même, une relation positive avec le patient (Priebe et al., 2011) permettrait d'adopter une posture de promotion de la santé, grâce à laquelle les patients migrants se sentiraient en confiance et mobiliseraient ainsi davantage leurs ressources, comme le préconise la théorie de la salutogenèse d'Antonovsky.

Enfin, le travail en interdisciplinarité représente, selon Griesser (2010), l'un des quatre piliers principaux de l'organisation, raison pour laquelle son amélioration contribuerait grandement à la qualité d'une prise en charge transculturelle.

Système de santé

Un établissement dépendant d'une organisation parente plus grande fait montre d'une pratique culturelle moins compétente (Guerrero & Kim, 2013). Le manque de familiarité des patients avec le système de santé peut également représenter une barrière, comme l'ont mentionné Priebe et al. (2011). Les institutions évoluant au sein d'un marché particulièrement compétitif développent de meilleures pratiques culturelles, tout comme les hôpitaux à but non lucratif (Weech-Maldonado et al., 2012), ceux ayant adopté les standards de la CLAS (Paez et al., 2008) ou ayant une population de patients diversifiée (Guerrero, 2012; Weech-Maldonado et al., 2012).

Il est à noter néanmoins que tous ces aspects ont été évalués au sein du système de santé états-unien, ce qui limite quelque peu la transférabilité.

La gestion du système de santé est un élément de base dans le modèle des déterminants de la santé de la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS (cité selon Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, 2012). Les déterminants structurels des inégalités de santé comptent en effet la gouvernance ainsi que les politiques sociales et macro-économiques. Ces éléments sont liés par exemple à la compétitivité du marché de la santé ou à l'organisation du système de santé dans son ensemble. Les déterminants intermédiaires de santé incluent quant à eux l'accès au système de santé, qui, s'il n'est pas garanti, notamment en raison du manque de familiarité des patients, peut être la source d'inégalités de santé.

La gouvernance et le financement des hôpitaux sont également les garants d'une bonne organisation, comme le mentionne Griesser (2010). Le fait que le système de fonctionnement d'un hôpital, qu'il soit à but non lucratif par exemple, semble également en lien avec la réalité des budgets de Ballé et Champion-Daviller (2004).

Formation

Paez et al. (2008) estiment que les cours de compétence culturelle ne améliorent pas l'attitude et le comportement des soignants, mais contribuent néanmoins à développer leur motivation culturelle. Des soignants interrogés par Priebe et al. (2011) souhaitent bénéficier de tels cours pour améliorer leur conscience culturelle et obtenir des informations concernant différentes problématiques en lien avec la population migrante. La formation académique des chefs et des directeurs ont une influence . parfois négative, parfois positive . sur l'adoption des pratiques culturelles (Guerrero, 2010; 2012; Guerrero & Kim, 2013).

Selon Domenig (2007), les compétences transculturelles incluent trois éléments : l'empathie narrative, la réflexion sur soi-même et les connaissances contextuelles. Si les cours dispensés aux équipes soignantes ne semblent pas modifier les attitudes et les comportements des soignants (Paez et al., 2008), la question se pose de savoir si tous ces aspects-là ont été intégrés à la formation ou si les soignants ne parviennent par la suite pas à mener une réflexion suffisante sur leur pratique et sur leurs attitudes. Paez et al. (2008) mentionnent également le manque de standardisation de ces formations comme une barrière à leur efficacité. Enfin, l'environnement de travail (temps et matériel à disposition par exemple) peut également représenter une barrière à la mise en pratique de comportements et de attitudes adéquates (Beune et al., 2011; Paez et al., 2008; Priebe et al., 2011).

Les résultats concernant les formations sont intimement liés aux trois piliers de la compétence culturelle organisationnelle de Domenig (2007). La nécessité de former les professionnels est mentionnée dans le marketing-management et pour que la mise sur pied de tels cours puisse avoir lieu, les financements sont nécessaires, ce qui correspond donc au ressource-management.

Selon la définition de la qualité des soins de l'OMS (Bengoa & World Health, 2006), les soins doivent être centrés sur le patient, en tenant compte de ses aspirations et de ses besoins mais également en considérant sa culture. Pour ce faire, les soignants devraient disposer de connaissances et être en mesure de développer leurs attitudes transculturelles. Il semble donc essentiel que la formation dans ce domaine puisse être poursuivie.

Finances et ressources

Beune et al. (2011) et Priebe et al. (2011) mentionnent la nécessité de disposer de fonds suffisants (publics ou privés) pour respectivement assurer une prise en charge de qualité aux migrants ou mettre sur pied un protocole de soins transculturels. Guerrero et al. (2012; 2013) abordent pour leur part le fait que ce sont avant tout les financements d'ordre public qui favorisent une prise en charge culturelle efficiente. Le manque de couverture sociale des migrants peut créer une problématique (Priebe et al., 2011).

Ces résultats corroborent le modèle de Domenig (2007) selon lequel l'un des piliers de la compétence transculturelle organisationnelle correspond au management des ressources, notamment financières. Ballé et Champion-Daviller (2004) ont également mentionné le fait que la réalité des budgets est un moyen de comprendre le système d'organisation d'un établissement afin d'envisager des améliorations et de contribuer à la qualité des soins pour tout un chacun. L'OMS (citée selon Bengoa & World Health, 2006) a en effet décrit la qualité des soins comme devant être équitable pour tous, quels que soient la race, l'ethnie, l'origine ou le statut socio-économique des patients. Le modèle des déterminants de la santé (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, 2012) inclut également la politique sociale. Ainsi, si des migrants ne bénéficient pas de couverture sociale,

cela peut être source d'inégalités importantes en termes de santé et d'accès aux soins. Au vu de ces nombreux éléments, il semble essentiel que les politiques de santé assurent un financement suffisant pour fournir une prise en charge qualitative et donc culturellement compétente.

Technique, matériel et environnement

Selon Beune et al. (2011) et Priebe et al. (2011), des problèmes techniques, notamment lors de l'enregistrement des données ou dans la recherche d'informations sur l'histoire médicale, peuvent représenter des barrières à la mise en œuvre de pratiques culturelles, tout comme l'environnement de travail. Priebe et al. (2011) et Paez et al. (2008) ont quant à eux démontré que la mise à disposition de matériel éducationnel et d'information adapté à la langue et à la culture représente une ressource importante. Les directives claires concernant les droits des migrants représenteraient une aide considérable pour les soignants (Priebe et al., 2011). Enfin, selon Beune et al. (2011) l'introduction de nouveaux protocoles culturels devrait se faire de manière progressive.

L'organisation des soins dépend selon Griesser (2010) notamment d'un système d'information performant, afin de garantir des soins sûrs et efficaces. Cela vient donc confirmer les dires de Beune et al. (2011) et Priebe et al. (2011) qui considéraient les problèmes de transmission d'informations concernant l'histoire médicale et l'enregistrement des données comme une barrière à la pratique culturelle. Les obstacles liés à l'environnement de travail représentent un exemple-type de la réalité du terrain selon Ballé et Champion-Daviller (2004) puisqu'il s'agit là de petites difficultés qui sont néanmoins réellement problématiques dans un quotidien de soins.

La mise à disposition de matériel éducationnel culturellement et linguistiquement adapté représente un élément essentiel des déterminants de la santé selon la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS (cité selon Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, 2012). Selon ce modèle, les déterminants intermédiaires de santé comprennent notamment l'accès au système de santé. Ce dernier sera inévitablement favorisé par des brochures qui informent les migrants sur le fonctionnement du système de santé et les aides qu'ils peuvent y trouver, comme l'ont proposé Priebe et al. (2011) et Paez et al. (2008). De même, du matériel général d'éducation adapté aux patients permettrait à ces derniers d'obtenir des informations précieuses concernant leur santé et ainsi d'adopter une posture fidèle aux notions de la salutogenèse afin de mobiliser leurs ressources (Paez et al., 2008; Priebe et al., 2011).

Beune et al. (2011) estiment que l'introduction progressive de nouveaux protocoles devrait favoriser l'acceptation des soignants pour ces changements, ce qui correspond au change-management (Domenig, 2007).

Management

Guerrero (2010; 2012), Guerrero et Kim (2013) démontrent que différentes caractéristiques des managers, notamment leur sensibilité culturelle, les relations entretenues avec les communautés de migrants et les capacités de leadership jouent un rôle primordial dans l'adoption de pratiques culturelles compétentes telles que la formation des équipes de soins, la mise sur pied d'une équipe diversifiée culturellement et la prise en charge des migrants par des professionnels de même langue ou ethnie. Le climat organisationnel favorise également la mise en œuvre de bonnes pratiques transculturelles (Guerrero & Kim, 2013).

Domenig (2007) semble en accord avec ces éléments puisque le système-management et le marketing-management qu'elle mentionne dans son modèle de soins transculturels organisationnels prennent en compte la nécessité d'une stratégie soutenue par les managers (stratégie Top-down) et les relations avec les communautés pour la mise en œuvre de pratiques culturelles. Le changement vers une politique de soin transculturelle doit en effet se faire à tous les niveaux d'une institution (Domenig, 2007). Les managers jouent donc un rôle essentiel puisque ce sont eux qui doivent s'affirmer comme « un processus décisionnel garant de la qualité du choix » (Arcos et al., 2010, p.20). Si le choix est porté sur la mise sur pied de soins transculturels efficaces, alors les managers portent la responsabilité de garantir que l'organisation de leur établissement permette d'atteindre ces objectifs. Cela correspond à la réalité des actions de Ballé et Champion-Daviller (2004) puisqu'il s'agit de former le processus de base de l'organisation et donc la manière de gérer l'organisation de l'institution ainsi que le climat organisationnel.

Ces différents aspects mettent en évidence la nécessité d'engager des chefs et des directeurs sensibles aux questions culturelles puisque ces derniers jouent un rôle primordial dans l'adoption de pratiques culturellement compétentes au niveau des équipes soignantes (Guerrero, 2010; 2012; Guerrero & Kim, 2013).

Collaboration et relations avec les migrants et leurs communautés

Les relations entretenues avec les communautés de migrants par les managers et les équipes jouent un rôle essentiel dans l'adoption de pratiques culturelles, notamment l'engagement d'une équipe de soins culturellement diversifiée (Guerrero, 2010; Guerrero & Kim, 2013; Priebe et al., 2011). Selon Priebe et al. (2011), la proximité géographique favorise la flexibilité et les liens établis permettent de mettre les migrants en contact avec des organisations de soutien.

Ces différents éléments confirment une fois de plus le modèle d'organisation transculturelle établi par Domenig (2007). Celui-ci mentionne notamment l'influence des stratégies adoptées par les managers sur les pratiques culturelles (système-management), mais également la nécessité de collaborer avec les communautés de migrants (marketing-management) et d'engager du personnel de différentes origines culturelles (ressource-management).

Comme mentionné par Priebe et al. (2011), la collaboration avec les organismes de soutien implantés dans les communautés permet de mettre les patients en contact et de développer ainsi leurs ressources et leur réseau social. Il s'agit là de composantes essentielles des déterminants de la santé et de la salutogenèse afin d'améliorer le potentiel de gestion des difficultés des migrants et leur sentiment de pouvoir gérer les événements de leur vie (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, 2012; Quint-essenz Promotion Santé Suisse, 2013).

La proximité géographique est constitutive de la qualité des soins puisque cette dernière dépend notamment de l'accessibilité en un temps raisonnable aux services de santé (Bengoa & World Health, 2006).

Selon Arcos et al. (2010), un manager porte la responsabilité de garantir le cadre constructif nécessaire à la qualité d'une institution. Dans un contexte transculturel, cela implique donc notamment les relations avec les communautés de migrants.

Temps

Beune et al. (2011) et Priebe et al. (2011) ont démontré à quel point les contraintes de temps et les charges de travail élevées, induites par une faible dotation en personnel ou par des barrières de langue par exemple, mettent en péril la qualité des soins aux migrants. Les professionnels proposent ainsi de bénéficier

un temps suffisant pour la prise en charge des migrants et de mieux répartir les tâches au sein de l'équipe (Beune et al., 2011; Priebe et al., 2011)

Ces données proviennent de deux études qualitatives (Beune et al., 2011; Priebe et al., 2011) basées sur les dires des soignants, ce qui correspond donc à la réalité des personnes et du terrain selon Ballé et Champion-Daviller (2004). Il s'agit là des difficultés rencontrées par les professionnels dans la pratique quotidienne de leur métier et qui peuvent entraver la qualité de leurs soins. Le lien établi entre le temps à disposition et la dotation peut également être mis en relation avec la réalité des budgets de Ballé et Champion-Daviller (2004) mais également avec le ressource-management de Domenig (2007). L'engagement de personnel supplémentaire nécessite en effet des ressources financières conséquentes, qui permettraient néanmoins de contribuer à la qualité des soins.

Les soins doivent, selon l'OMS (cité selon Bengoa & World Health, 2006), garantir la plus grande satisfaction des patients et être proposés dans un contexte adapté aux besoins de ces derniers. Pour ce faire, il est nécessaire de disposer d'un temps suffisant pour mettre en pratique les compétences transculturelles.

Limites et points forts de ce travail

Limites

Les études sélectionnées pour ce travail ont démontré des résultats d'une grande variété et n'ont pas toujours mis l'accent sur les mêmes éléments et les mêmes paramètres. Certains résultats ne se voient de ce fait soutenus que par une seule recherche, ce qui constitue une limitation à leur généralisation et leur transférabilité. Un travail semblable mais définissant des critères de sélection plus précis ou précisant davantage la question de recherche aurait peut-être permis de

mettre en avant des résultats plus probants. Par exemple, il serait éventuellement possible de ne prendre en compte que les aspects propres au management, de cibler un seul contexte de soins ou un seul élément organisationnel.

De même, certains résultats correspondent à des niveaux très généraux d'organisation, comme par exemple les systèmes de financement, alors que d'autres sont extrêmement précis et directement en lien avec l'organisation quotidienne des soins, comme par exemple le temps à disposition. Les échantillons et les méthodes divergent aussi considérablement. La comparaison de tels résultats s'est avérée de ce fait particulièrement complexe.

Les études ont été réalisées au sein de nombreux pays, ce qui s'avère positif. Cinq d'entre elles ont néanmoins été réalisées aux Etats-Unis. La transférabilité des données obtenues dans ces études n'est donc pas garantie. Les termes spécifiques en lien avec les politiques sanitaires de ce pays ou en lien avec les systèmes d'accréditation ou de standards n'ont souvent pas été décrits (par exemple « licence de ville »). Il a donc parfois été particulièrement difficile de comprendre quelle était l'implication de certains résultats pour la pratique.

Trois études ont été réalisées par le même auteur et concernent des services d'addictologie. Ce manque de variété peut éventuellement constituer une limite à la généralisation et à la qualité des résultats.

Enfin, le manque de connaissances méthodologiques des auteures a également pu compromettre une analyse critique pointue des études sélectionnées.

Points forts

La thématique abordée par ce travail n'a que très peu été traitée par des revues de littérature. Ainsi, les recherches s'étant penchées sur le lien entre l'organisation

et les compétences culturelles sont souvent ciblées sur un seul contexte et une ou plusieurs variables organisationnelles précises. La rédaction d'une revue de littérature résumant les résultats disponibles jusqu'ici concernant cette problématique représente donc une précieuse source d'informations. Les implications pour la pratique peuvent être multiples et sont explicitées plus bas.

La thématique de ce travail est également particulièrement adaptée au contexte politique actuel. Les questions de migration se trouvent en effet au centre des grands débats d'aujourd'hui. Les populations prises en charge par les soignants sont particulièrement hétérogènes d'un point de vue culturel. Il semble donc essentiel que la pratique de soins soit adaptée à ces grands défis.

Enfin, pour développer une posture infirmière professionnelle, il semble essentiel de se baser sur le modèle de l'« evidence based nursing » (EBN). Ce dernier postule qu'il y a quatre piliers nécessaires à la décision clinique :

- l'expertise et l'expérience de l'infirmière
- les données issues de la recherche
- les ressources disponibles et le contexte
- les valeurs, besoins et préférences du patient.

Le présent travail inclut des résultats issus notamment des expériences de professionnels de la santé, de l'analyse du contexte de soins et des ressources mais également de données issues de la recherche scientifique. La variété des sources de données représente une réelle force de ce travail et renforce la validité des résultats, qui correspondent à trois des piliers du modèle EBN. Il ne manque en effet que l'avis des patients qui n'a pas été pris en compte dans les études sélectionnées.

Perspectives

Recommandations pour la pratique infirmière

Les résultats issus de cette revue de littérature démontrent notamment que les managers détiennent une part importante de responsabilités dans la mise en place de pratiques culturelles compétentes. Ils jouent en effet un rôle de premier plan dans l'organisation du système de soins. Pour cette raison, l'engagement de chefs ou de directeurs sensibilisés aux questions de transculturalité peut être considéré comme un premier pas sur le chemin de la mise en pratique réelle des compétences culturelles. En collaboration avec chacun des intervenants impliqués dans les soins, ils pourront ensuite établir des stratégies visant à améliorer l'organisation d'un établissement en vue d'offrir des prises en charge culturellement compétentes. Davantage de temps, des équipes diversifiées, la mise sur pied de services d'interprétariat adéquats et de matériel d'information adapté, les formations continues ou encore la création de liens avec les communautés de migrants sont autant d'exemples de mesures qui doivent encore être améliorées. Pour ce faire, des ressources financières avant tout, mais également humaines, doivent être investies. Il semble donc essentiel que les décideurs politiques prennent conscience de la nécessité d'investir à tous les niveaux du système pour favoriser une prise en charge transculturelle efficiente. La formation des étudiants n'est pas suffisante. Les institutions de santé doivent également suivre le mouvement et offrir un contexte de soin permettant la qualité des soins aux migrants. Cela nécessite certes des investissements, mais sur le long terme, il s'agit d'une stratégie qui se avèrera sans doute efficace et économe. Domenig (2007) affirme également que le retour sur investissement peut être important. Une prise en charge transculturelle est garante de la qualité des soins aux migrants et contribue ainsi à réduire les inégalités de santé et les discriminations dont sont victimes ces derniers.

Au niveau individuel, cela signifie que chaque infirmière doit revendiquer des conditions de travail lui permettant de mettre en pratique les connaissances acquises durant sa formation. Le système organisationnel dans lequel les soignants évoluent doit les soutenir dans la mise en œuvre de leurs compétences culturelles. Pour ce faire, il est essentiel que les équipes soignantes contribuent à améliorer ce système en émettant des suggestions de changements et en faisant part de leurs besoins.

D'une manière générale, bien que certaines limites à la généralisation des résultats aient été démontrées, il semble que les grandes idées retirées de ce travail puissent être adaptées au contexte suisse. Nombre de résultats sont issus de pays européens ou occidentaux qui se rapprochent dans leur fonctionnement du contexte helvétique. Les résultats corroborent également pour une grande part le modèle de compétence transculturelle organisationnelle de Domenig qui a été établi selon le contexte suisse. Ainsi, au-delà des aspects spécifiquement liés aux politiques nationales de autres pays de nombreux paramètres étudiés peuvent être transposés aux établissements hospitaliers suisses.

Recommandations pour la recherche

La réalisation de ce travail a mis en évidence la nécessité que des études sur les compétences culturelles organisationnelles et managériales soient effectuées en Suisse. Le contexte politique helvétique a vu ces dernières années s'exacerber les débats sur les questions de migration. Il serait ainsi intéressant d'évaluer objectivement si les débats politiques ont influencé les mentalités des équipes soignantes et les mesures organisationnelles entreprises dans ce domaine. De même, il serait pertinent d'évaluer si l'introduction récente des « Diagnosis Related Groups » (DRG) influence la pratique culturelle organisationnelle.

Etendre les recherches à des domaines de soins plus variés, incluant par exemple les milieux gériatriques, compléterait également judicieusement les recherches disponibles sur le sujet.

Certains résultats de cette revue de littérature sont basés sur des propositions mentionnées par des soignants dans l'étude de Priebe et al (2011). Ces propositions n'ont toutefois pas été scientifiquement évaluées comme efficaces. Il serait ainsi judicieux de mesurer si ces propositions sont scientifiquement correctes.

Conclusion

Ce travail met en évidence le soutien structurel dont ont besoin les soignants pour une prise en charge de qualité des patients migrants. La mise en pratique des compétences culturelles des soignants dépend grandement de la capacité des établissements hospitaliers à établir un environnement propice à la mise en œuvre de ces compétences. Les facteurs organisationnels et managériaux influençant les compétences culturelles des soignants sont multiples et touchent des domaines très variés. Cela démontre que l'intégralité d'un système de santé devrait être adaptée pour offrir à la population migrante des services sanitaires adaptés à leurs besoins.

La qualité des soins aux migrants est une problématique de première importance pour diminuer sur le long terme les inégalités de santé et les discriminations dont ils sont victimes. Les professionnels de la santé et les hôpitaux jouent pour se faire un rôle de premier plan.

La élaboration de ce travail a permis de élargir les connaissances des auteures en matière de transculturalité. La rédaction d'une revue de littérature a également contribué à développer leurs compétences méthodologiques, liées par exemple à l'analyse critique de études scientifiques.

Liste des références bibliographiques

- Althaus, F., Hudelson, P., Domenig, D., Green, A., & Bodenmann, P. (2010). *Compétences cliniques transculturelles et pratique médicale*. Paper presented at the Forum Méd Suisse.
- Arcos, C., Kempf, A., Martinez, E., & Couty, E. (2010). *Éthique et management hospitalier*. [Paris] : Éd. de Santé.
- Ballé, M., & Champion-Daviller, M.-N. (2004). *Organiser les services de soins : le management par la qualité*. Paris : Masson.
- Bengoa, R., & World Health, O. (2006). *Quality of care : a process for making strategic choices in health systems*. Geneva : World Health Organization.
- Beune, E. J. A. J., Haafkens, J. A., & Bindels, P. J. E. (2011). Barriers and enablers in the implementation of a provider-based intervention to stimulate culturally appropriate hypertension education. *Patient Education and Counseling*, 82(1), 74-80. doi : <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2010.02.015>
- Bodenmann, P., & Green, A. R. (2012). Disparités en santé : réalités locales et défis futurs. *Revue médicale suisse*, 8(364), 2282-2286.
- Bouchard, L. (2013). Précarité des populations francophones âgées vivant en situation linguistique minoritaire au Canada. Dakar.
- Bülent, K. (2007). Document de base sur la question "migration et santé". Neuchâtel : Swiss forum for migration and population studies.
- Bundesamt für Gesundheit. (2008). Migration und Gesundheit, Kurzfassung der Bundesstrategie Phase II (2008-2013). In Bundesamt für Gesundheit (Ed.). Berne : Bundesamt für Gesundheit.
- Cantoreggi Nicola. (2010). Pondération des déterminants de la santé en Suisse. Genève : Université de Genève, Institut des sciences de l'environnement, Groupe de recherche en environnement et santé.
- Dahlgren, G., & Whitehead, M. (1991). Policies and strategies to promote social equity in health. Stockholm : Institute of Future Studies.
- Domenig, D. (2007). *Transkulturelle Kompetenz : Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe*. Bern : Huber.
- European Union Agency for Fundamental Rights. (2013). Inequalities and multiple discrimination in access to and quality of healthcare. Luxembourg.
- Fortin, F., & Gagnon, J. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives*. Montréal : Chenelière éducation.
- Griesser, A.-C. (2010). *Petit précis d'organisation des soins interdisciplinarité*. Rueil-Malmaison : Ed. Lamarre.
- Guerrero, E. G. (2010). Managerial capacity and adoption of culturally competent practices in outpatient substance abuse treatment organizations. *Journal of*

- Substance Abuse Treatment*, 39(4), 329-339. doi : <http://dx.doi.org/10.1016/j.jsat.2010.07.004>
- Guerrero, E. G. (2012). Organizational characteristics that foster early adoption of cultural and linguistic competence in outpatient substance abuse treatment in the United States. *Evaluation and Program Planning*, 35(1), 9-15. doi : DOI 10.1016/j.evalprogplan.2011.06.001
- Guerrero, E. G., & Kim, A. (2013). Organizational structure, leadership and readiness for change and the implementation of organizational cultural competence in addiction health services. *Evaluation and Program Planning*, 40(0), 74-81. doi : <http://dx.doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2013.05.002>
- Hurlimann, C. (2001). Approche conceptuelle de la qualité des soins. *Actualité et dossier en santé publique*, 35, 23-28.
- Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. (2012). Qu'est-ce qui détermine notre état de santé ? Retrieved 15.05.15, 2015, from <http://www.inpes.sante.fr/10000/themes/ISS/determinants-sante.asp>
- Lietti, A. (2011). "Nous sommes de plus en plus incompetents". [social]. *Le Temps*.
- Mayer, H. (2007). *Pflegeforschung anwenden : Elemente und Basiswissen für Studium und Weiterbildung*. Wien : Facultas-WUV.
- Office Fédéral de la Santé Publique. (2008). Population migrante : prévention et promotion de la santé. Guide pour la planification et la mise en œuvre de projets. In Office Fédéral de la Santé Publique & Promotion Santé Suisse (Eds.). Berne : Office Fédéral de la Santé Publique.
- Office Fédéral de la Statistique. (2008). La population étrangère en Suisse. . In Office Fédéral de la Statistique (Ed.). Neuchâtel : Office Fédéral de la Statistique,.
- Office fédéral de la statistique. (2014a). Migration et intégration - Population étrangère : nationalité, from <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/01/07/blank/key/01/01.html>
- Office fédéral de la statistique. (2014b). Racisme et discrimination - Expérience d'acte(s) discriminatoire(s) ou raciste(s), from <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/01/07/blank/ind43.indicator.43014.430130.html>
- Organisation Mondiale de la Santé. (Ed.) (1999). Genève : Organisation Mondiale de la Santé.
- Paez, K. A., Allen, J. K., Carson, K. A., & Cooper, L. A. (2008). Provider and clinic cultural competence in a primary care setting. *Social Science & Medicine*, 66(5), 1204-1216. doi : <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.11.027>

- Polit, D. F., Beck, C. T., & Loisele, C. G. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières approches quantitatives et qualitatives*. Saint-Laurent, Québec : Éditions du Renouveau pédagogique.
- Presses de l'Université Laval. (non daté). La salutogenèse. Petit guide pour promouvoir la santé Retrieved 04.06.2015, from <https://www.pulaval.com/produit/la-salutogenese-petit-guide-pour-promouvoir-la-sante>
- Priebe, S., Sandhu, S., Dias, S., Gaddini, A., Greacen, T., Ioannidis, E., . . . Bogic, M. (2011). Good practice in health care for migrants : views and experiences of care professionals in 16 European countries. *BMC Public Health*, 11, 187. doi : 10.1186/1471-2458-11-187
- Quint-essenz Promotion Santé Suisse. (2013). Salutogenesis Retrieved 16.05.2015, 2015, from <http://www.quint-essenz.ch/fr/topics/1249>
- Santé Publique. (2013). Qualité des soins : définition, from <http://www.santepublique.eu/qualite-des-soins-definition/>
- SBK-ASI. (2011). Les soins infirmiers en Suisse - perspectives 2020. Berne.
- Schenk, L. (2007). [Migration and health--developing an explanatory and analytical model for epidemiological studies]. *Int J Public Health*, 52(2), 87-96. doi : 10.1007/s00038-007-6002-4
- Weech-Maldonado, R., Elliott, M. N., Pradhan, R., Schiller, C., Dreachslin, J., & Hays, R. D. (2012). Moving towards culturally competent health systems : Organizational and market factors. *Social Science & Medicine*, 75(5), 815-822. doi : <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.03.053>

Annexes

Annexe A

Déclaration d'authenticité

« Nous déclarons avoir réalisé ce travail nous-mêmes, conformément aux directives. Les références utilisées dans le travail sont nommées et clairement identifiées »

Mathilde et Ludivine Jordan

Annexe B

Glossaire et précisions concernant le vocabulaire adopté

Migrant : Un migrant est un « individu né à l'étranger qui migre d'un pays à un autre » (p.41). Nous incluons dans ce terme la population résidente étrangère (au bénéfice d'une autorisation d'établissement, de séjour ou de séjour de courte durée), mais également les requérants d'asile (Office Fédéral de la Santé Publique, 2008).

Etranger : Le terme « étranger » désigne toute personne n'ayant pas la nationalité du pays où elle vit. Il s'agit d'un terme qui permet de distinguer les nationaux des non nationaux. Il n'y a derrière ce terme aucune intention discriminatoire ou raciste de notre part. Il est à noter également que les personnes d'origine étrangère qui disposent de la nationalité suisse sont incluses à la population suisse dans les recensements statistiques (Office Fédéral de la Santé Publique, 2008).

Culturel/Transculturel : Selon Domenig (2007), le terme « transculturel » est beaucoup plus adapté au contexte de migration actuel et prend en compte l'intégralité des mondes individuels vécus par les migrants. L'utilisation du mot « culture » se réfère généralement davantage à une vision homogène de la culture, qui serait une entité délimitée. Cette vision de la culture ne correspond pas à la réalité d'aujourd'hui, à la globalisation et aux nombreux mouvements de migrations qui conduisent à des mondes individuels hautement complexes. Cette complexité ne permet donc plus d'utiliser le mot « culture » tel qu'il est parfois compris, à savoir comme un concept qui « classifie » les gens selon des critères établis.

Toutefois, dans le cadre de ce travail, les termes « culturels » et « transculturels », souvent liés aux compétences, ont été utilisés sans distinction. Les études sélectionnées pour cette revue n'ont en effet jamais utilisé le terme « transculturel ». Ainsi, afin de rester fidèles aux éléments mentionnés dans les

études, tout en prenant en compte la théorie très aboutie de Domenig (2007), les deux termes ont été utilisés. Ils sont toutefois toujours pensés de la même manière.

Minorités/communautés de migrants : les études ayant été pour beaucoup réalisées aux Etats-Unis, le terme de « minorité » a souvent été utilisé. Il désigne généralement les personnes membres des communautés afro-américaines et latinos, qui sont minoritaires aux Etats-Unis. Ces personnes sont toutes issues de la migration, récente ou plus ancienne, et présentent des particularités culturelles. Les termes de minorités, de communautés de migrants ou de population migrante ont pour cette raison été utilisés sans distinction dans ce travail.

Directeurs/chefs : plusieurs des études se sont penchées sur les compétences de management des directeurs et des chefs. Plusieurs articles mentionnent avoir recueilli des données auprès de directeurs et de chefs. Les auteurs de ces articles ne précisent toutefois pas à quoi correspondent ces termes. Nous les avons donc utilisés comme tel, en supposant qu'il s'agissait des chefs de service et des directeurs d'établissement.

Race : A plusieurs reprises, les recherches étudiées ont fait usage du terme de « race ». Ce mot a ainsi été repris lors de la rédaction de ce travail. Il est toutefois important de mentionner que ce mot n'a jamais été utilisé dans une vision raciste, réduisant les individus à leurs critères morphologiques. Domenig (2007) estime que l'usage du terme « race » en français est défendable, car il s'oriente plutôt vers une définition signifiant une catégorie sociale, telle qu'un groupe ethnique par exemple, ou une classe sociale.

Annexe C

**Barrières d'accès à des soins de qualité pour les patients migrants ou
d'origine étrangère**

Tableau 1. Barrières d'accès à des soins de qualité pour les patients migrants ou d'origine étrangère.

Au niveau du patient

Manque de connaissances linguistiques
Manque de connaissances du système de santé et référence basée sur un autre système
Difficultés financières (franchise, absence d'assurance maladie)
Pression de l'employeur (horaire de consultation)
Manque de connaissances en santé
Manque de confiance dans le soignant
Crainte de la dénonciation (illégalité du statut)

Au niveau du soignant

Manque de compétences cliniques transculturelles
Manque de connaissances médicales théoriques (pathologies et traitements spécifiques)
Non-conscience de son propre contexte (personnel, professionnel)
Tendance aux stéréotypes et à la stigmatisation

Au niveau du système

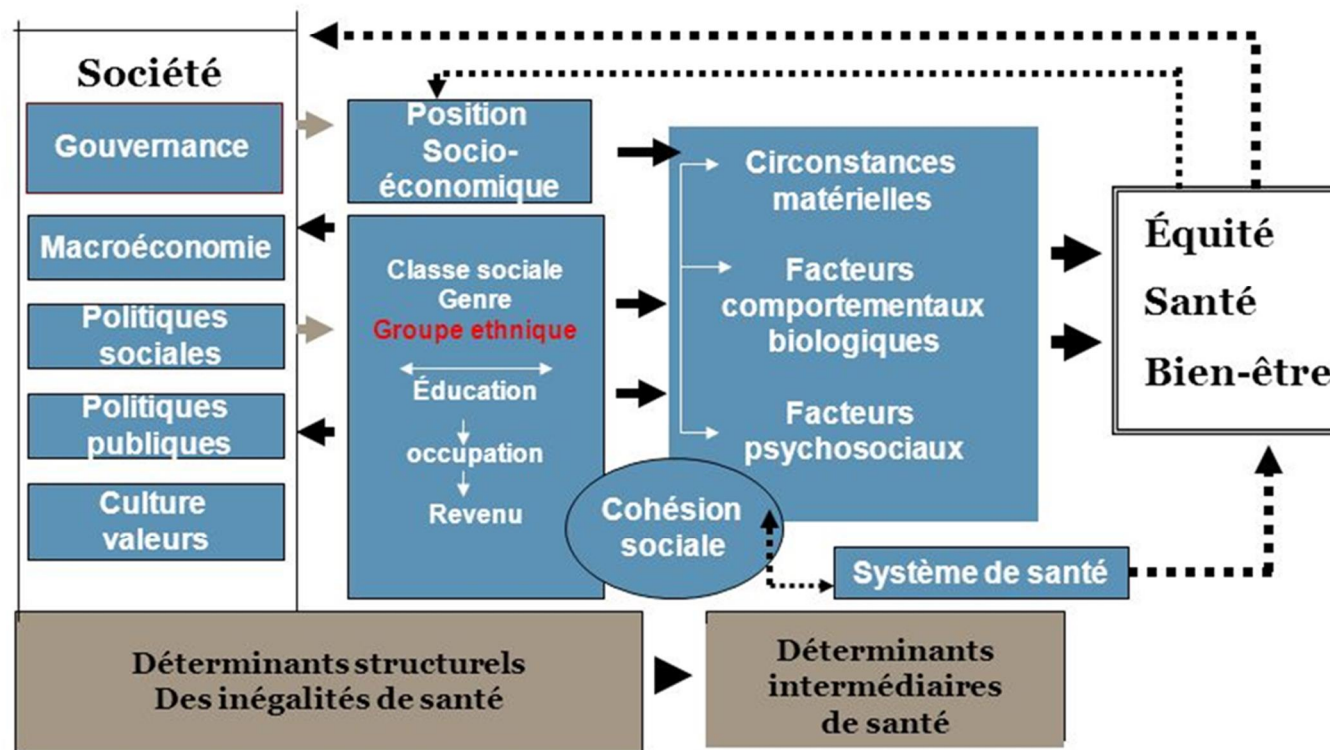
Manque de données statistiques à propos de la patientèle migrante ou d'origine étrangère
Absence ou manque de services de traduction/médiation socioculturelle
Manque d'information adaptée (signalétique, documentation)
Personnel soignant peu diversifié sur le plan socioculturel
Augmentation de la technicité des actes médicaux au détriment de la communication
Pression pour l'efficacité des soins en général
Contexte légal contraignant

(Althaus et al., 2010)

Annexe D

**Modèle des déterminants des inégalités de la santé selon la Commission des
déterminants sociaux de la santé de l'EDMS**

Cadre théorique (OMS,CSDH,2007)



(Bouchard, 2013)

Annexe E**Stratégies de recherche des articles**

Stratégie 1

Banque de données	PubMed
Technique	Mots Mesh et non Mesh
Mots-clés	(organizational factors) AND (%Cultural Competence-[Mesh])
Résultats	176
Articles éliminés au titre	149
Articles éliminés après lecture du résumé	15
Articles éliminés car texte intégral pas disponible	2
Articles sélectionnés pour la lecture	10
<p>Articles sélectionnés définitivement :</p> <p>Guerrero, E. G., & Kim, A. (2013). Organizational structure, leadership and readiness for change and the implementation of organizational cultural competence in addiction health services. <i>Evaluation and Program Planning</i>, 40(0), 74-81. doi : http://dx.doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2013.05.002</p> <p>Weech-Maldonado, R., Elliott, M. N., Pradhan, R., Schiller, C., Dreachslin, J., & Hays, R. D. (2012). Moving towards culturally competent health systems : Organizational and market factors. <i>Social Science & Medicine</i>, 75(5), 815-822. doi : http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.03.053</p> <p>Beune, E. J. A. J., Haafkens, J. A., & Bindels, P. J. E. (2011). Barriers and enablers in the implementation of a provider-based intervention to stimulate culturally appropriate hypertension education. <i>Patient Education and Counseling</i>, 82(1), 74-80. doi : http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2010.02.015</p>	

Stratégie 2

Banque de données	Cinhal
Technique	Mots Mesh et non Mesh
Mots-clés	(managerial competence) AND (%Cultural Competence-[Mesh])
Résultats	14
Articles éliminés au titre	9
Articles éliminés après lecture du résumé	3
Articles éliminés car texte intégral pas disponible	1
Articles sélectionnés pour la lecture	1
<p>Article sélectionné définitivement :</p> <p>Guerrero, E. G. (2010). Managerial capacity and adoption of culturally competent</p>	

practices in outpatient substance abuse treatment organizations. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 39(4), 329-339. doi : <http://dx.doi.org/10.1016/j.jsat.2010.07.004>

Stratégie 3

Banque de données	Cinhal
Technique	Mots Mesh et non Mesh
Mots-clés	(healthcare) AND (%Cultural Competence+{Mesh}) AND (providers)
Résultats	132
Articles éliminés au titre	114
Articles éliminés après lecture du résumé	9
Articles éliminés car texte intégral pas disponible	2
Articles sélectionnés pour la lecture	7
Article sélectionné définitivement :	
Paez, K. A., Allen, J. K., Carson, K. A., & Cooper, L. A. (2008). Provider and clinic cultural competence in a primary care setting. <i>Social Science & Medicine</i> , 66(5), 1204-1216. doi : http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.11.027	

Stratégie 4

Banque de données	Cinhal
Technique	Mots Mesh et non Mesh
Mots-clés	(organizational competence) AND cultural (health system)
Résultats	28
Articles éliminés au titre	18
Articles éliminés après lecture du résumé	6
Articles éliminés car texte intégral pas disponible	2
Articles sélectionnés pour la lecture	2
Articles sélectionnés définitivement :	
Weech-Maldonado, R., Elliott, M. N., Pradhan, R., Schiller, C., Dreachslin, J., & Hays, R. D. (2012). Moving towards culturally competent health systems : Organizational and market factors. <i>Social Science & Medicine</i> , 75(5), 815-822. doi : http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.03.053	
→ article déjà obtenu lors de la stratégie 1	

Les études suivantes ont été choisies suite à une sélection par Berry Picking.

Stratégie 5

Article initial	Guerrero, E. G., & Kim, A. (2013). Organizational structure, leadership and readiness for change and the implementation of organizational cultural competence in addiction health services. <i>Evaluation and Program Planning</i> , 40(0), 74-81. doi : http://dx.doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2013.05.002
→ deux articles sélectionnés pour la lecture, dont un retenu :	
Guerrero, E. G. (2012). Organizational characteristics that foster early adoption of cultural and linguistic competence in outpatient substance abuse treatment in the United States. <i>Evaluation and Program Planning</i> , 35(1), 9-15. doi : DOI 10.1016/j.evalprogplan.2011.06.001	

Stratégie 6

Article initial	Denier, Y., & Gastmans, C. (2013). Realizing good care within a context of cross-cultural diversity : An ethical guideline for healthcare organizations in Flanders, Belgium. <i>Social Science & Medicine</i> , 93(0), 38-46. doi : http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.03.045 (article qui a néanmoins été éliminé après lecture)
→ un article sélectionné :	
Priebe, S., Sandhu, S., Dias, S., Gaddini, A., Greacen, T., Ioannidis, E., . . . Bogic, M. (2011). Good practice in health care for migrants : views and experiences of care professionals in 16 European countries. <i>BMC Public Health</i> , 11, 187. doi : 10.1186/1471-2458-11-187	

Annexe F**Grilles de lecture critique des 7 articles scientifiques analysés**

Références de l'article analysé : Beune, E. J. A. J., Haafkens, J. A., & Bindels, P. J. E. (2011). Barriers and enablers in the implementation of a provider-based intervention to stimulate culturally appropriate hypertension education. <i>Patient Education and Counseling</i> , 82(1), 74-80. doi : http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2010.02.015					
Aspects du rapport	Questions	oui	Non	Peu clair	Commentaires
Titre	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	X			Barriers and enablers in the implementation of a provider-based intervention to stimulate culturally appropriate hypertension education → Oui. Il est clair selon le titre que les barrières et les facteurs favorisant la mise en œuvre d'une éducation au patient culturellement compétente seront étudiés.
Résumé	-Synthétise-t-il clairement les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?	X			Oui, il résume l'objectif, les méthodes, les résultats, la conclusion et les implications pour la pratique, ce qui correspond aux critères IMRAD (Introduction, Matériel et Méthode, Résultats And Discussion).
Introduction Enoncé du problème	-Le problème ou phénomène étudié est-il clairement défini ?	X			Le but de l'étude est de comprendre et d'identifier les facteurs qui pourraient gêner ou permettre l'adoption d'une approche culturellement appropriée dans l'éducation de l'hypertension dans un contexte de soins primaires. Cette problématique est clairement définie dans l'introduction. Un tel objectif est caractéristique des recherches qualitatives.
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur le problème ou phénomène étudié ?	X			Oui. Les connaissances actuelles sont mentionnées dans l'introduction. Elles sont néanmoins relativement peu développées (l'étude ne comprend pas de chapitre « theoretical framework » par exemple). Dans les pays occidentaux, les minorités africaines sont disproportionnellement affectées par l'hypertension (HTA) liée à la morbidité et la mortalité cardiovasculaires. L'adhérence insuffisante à la médication anti-hypertensive et les changements du style de vie sont des explications importantes quant à l'observation de disparités ethniques dans le contrôle de la pression artérielle et dans les conséquences négatives de l'HTA. Ceci est un challenge important pour les soignants. Les croyances (pas forcément religieuses, plutôt dans le sens des

					<p>représentations) des patients ont un impact important sur l'adhérence et ces croyances pourraient affecter les conséquences de l'HTA.</p> <p>Les guidelines sur l'HTA recommandent l'utilisation d'approches éducationnelles centrées sur le patient. Ces guidelines suggèrent également d'explorer les croyances et les besoins individuels des patients afin de trouver un terrain commun, un terrain d'entente concernant le traitement. Il y a de plus en plus d'évidences qui démontrent qu'une éducation au patient appropriée à la culture aurait un impact positif sur la médication et les changements de mode de vie.</p> <p>Des chercheurs ont mentionné des facteurs qui pourraient gêner ou faciliter l'adoption d'innovations dans la pratique médicale, par exemple le contexte politique et culturel, les ressources disponibles, l'expertise nécessaire pour la prise en charge des patients, et la manière dont les interventions sont adaptables à l'organisation du service.</p>
Cadre théorique ou conceptuel	-La base philosophique, la tradition, le cadre conceptuel ou l'orientation idéologique sont-ils définis ?		X		Non. La théorie menant à la question de recherche est mentionnée (cf. question précédente), mais il ne s'agit pas clairement d'une base philosophique. L'éducation à la santé, les croyances, les représentations et la culture semblent faire partie de l'orientation philosophique mais ne sont pas clairement définies dans le texte.
Question de recherche	-Les questions de recherche sont-elles clairement formulées ?	X			Oui. A la fin de la conclusion, l'objectif de la recherche est clairement défini : identifier les facteurs qui pourraient permettre ou entraver l'adoption d'approches culturellement appropriées pour l'éducation de l'hypertension dans un contexte de soins primaires
	-Découlent-elles de l'état des connaissances (théories, concepts, idéologie et recherches antérieures) ?	X			Oui, elle découle des connaissances décrites brièvement plus haut.
Méthodes Tradition et devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ? -Les méthodes utilisées pour recueillir et analyser les données correspond-elle à la tradition de				<p>- Il s'agit, comme mentionné dans le chapitre 2.3, d'un devis qualitatif. Les chercheurs ont effectué une analyse de contenu, ce qui correspond au devis qualitatif. Attention, pas de saturation des données.</p> <p>La méthode est décrite très en détails et correspond parfaitement</p>

	<p>recherche ?</p> <p>-Les temps passé sur le terrain est-il en adéquation avec les devis de recherche ?</p>				<p>aux normes induites par un devis qualitatif. Les instruments de collecte de données semblent également adaptés, puisqu'ils permettent aux participants, au travers d'échanges individuels et collectifs, de mentionner leurs difficultés.</p> <p>- L'intervention a été mise en place afin d'identifier les facteurs influençant la mise en œuvre d'un protocole d'éducation au patient transculturel. L'étude porte donc avant tout sur les facteurs influençant la mise en œuvre et pas sur l'intervention. Cette intervention était constituée de 6 outils censés favoriser une éducation culturelle au patient (une liste afin d'évaluer les idées, soucis et attentes des patients concernant leur hypertension et leur traitement hypertensif/ une liste censée évaluer les barrières et facteurs favorisant culturels en lien avec l'adhérence au traitement hypertensif/ une liste pour favoriser la reconnaissance de facteurs inhibiteurs au management de l'hypertension au sein de la population du Suriname et du Ghana/ une liste d'éléments spécifiques pour enregistrer les résultats des sessions d'éducation à l'HTA/ des brochures d'informations pour les patients du Surinam ou du Ghana avec des questions fréquentes et leurs réponses/ une liste de référence, incluant les facilités dans le voisinage offrant des soutiens pour un changement dans le style de vie) Ces éléments ont été ajoutés à un protocole standard d'éducation à l'hypertension.</p> <p>- Trois méthodes de soutien à la mise en œuvre de cette évaluation ont été mises sur pied. Ces méthodes permettaient également de recueillir les données concernant les difficultés rencontrées par les participants lors de la mise en œuvre du protocole :</p> <ul style="list-style-type: none"> - réunions de discussion avec les équipes des médecins généralistes - formation pour les conseillers, pour faciliter l'utilisation de cet outil - feedbacks aux conseillers. <p>- La période de collecte des données a varié de 4 mois dans un centre (la plus petite période) à 6 mois dans les autres (la plus</p>
--	--	--	--	--	--

					<p>longue période). Cette durée semble en ordre bien que celle aurait pu être plus longue.</p> <p>- Toutes les rencontres collectives ont été enregistrées audio et toutes des notes ont été prises durant les séances individuelles. Des vidéos ont également été utilisées.</p> <p>- La méthode utilisée semble tout à fait cohérente. Les résultats retirés des discussions et des notes écrites ont été renvoyés aux participants afin qu'ils puissent valider ou non le texte. Afin de réaliser ensuite une analyse de contenu, les résultats ont été divisés en sous-catégories afin de structurer les barrières à la mise en pratique du protocole.</p>
Population et contexte	-La description du cadre et de l'échantillon est-elle détaillée ?	X			Oui, en détails. Dans 3 centres de soins de santé primaire dans le sud-est d'Amsterdam entre septembre 2006 et mai 2008. Ces 3 centres utilisent le même protocole pour les soins de l'HTA. Dans ces 3 centres, l'éducation pour les patients concernant l'HTA était assignée aux infirmières (n=7) ou aux assistants de médecine générale (n=18) mais toujours sous supervision des médecins généraux (n=22). La taille de l'échantillon est en adéquation avec le devis qualitatif.
	-Les chercheurs ont-ils saturé les données ?		X		Non, la saturation des données n'a pas été recherchée.
Aspects du rapport	Questions	oui	Non	Peu clair	Commentaires
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	X			<p>Oui, ils sont décrits dans le chapitre 2.3 essentiellement. Des réunions de feedback ont eu lieu, des séances de coaching individuel également. Ces séances et ces réunions permettaient de recenser les difficultés à la mise en œuvre d'un protocole transculturel. Un guide permettant de mieux structurer ces réunions a été utilisé. Parfois des vidéos filmant les séances d'éducation au patient ont été utilisées.</p> <p>Toutes les rencontres collectives ont été enregistrées audio et des notes ont été prises lors des séances individuelles.</p> <p>3 stratégies utilisées pour soutenir la mise en pratique du</p>

					protocole : rencontres pour discuter avec l'équipe des médecins généraux, entraînement pour les conseillers et les retours (feedback) aux conseillers.
	-Y-a-il une adéquation entre le phénomène étudié, la question de recherche et les instruments de collecte des données ?	X			Le lien entre le phénomène étudié et la question de recherche est très clair. Les participants devaient dire quelles ont été leurs difficultés dans la mise en pratique du protocole, ce qui correspond parfaitement à la question de recherche qui consiste à rechercher quelles sont les barrières et les ressources pour la mise en place d'une éducation au patient culturellement compétente. Les instruments de collecte de données semblent également adaptés, puisqu'ils permettent aux participants, au travers d'échanges individuels et collectifs, de mentionner leurs difficultés.
Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ? -A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?	X			Oui. La procédure de recherche est décrite précisément dans tout le chapitre 2. Oui. Le protocole de l'étude a été soumis au « Medical Ethical Committee of the Academic Medical center of the University of Amsterdam ». Selon eux, une telle étude ne nécessite toutefois pas leur approbation car elle n'inclue aucune mesure médicale invasive, raison pour laquelle, ils n'ont pas réellement pris position sur l'étude. Une anonymisation des données a également été entreprise.
Rigueur	-Les chercheurs ont-ils suffisamment étayé le déroulement de l'étude afin que leurs conclusions soient crédibles et transférables ?	X			Les chercheurs ayant décrit avec beaucoup de précision leurs procédés de recherche, leurs méthodes et leur échantillon, ils donnent suffisamment d'informations pour que les lecteurs puissent juger de la crédibilité et de la transférabilité des données. Nous estimons pour notre part que les résultats sont crédibles et transférables. Ils répondent en effet aux critères de transférabilité propres aux études qualitatives : - crédibilité → l'exactitude dans la description du phénomène relate bien le vécu des participants - fiabilité → l'évolution du phénomène est décrite avec exactitude puisque chaque étape (barrière, solution proposée pour faire face à cette barrière et résultat) est décrite. - transférabilité → les résultats pourraient sans doute être transposés à d'autres contextes. Les chercheurs mentionnent en effet que les résultats sont propres à la mise en œuvre de

					<p>protocoles d'amélioration de la qualité en général, et pas uniquement des protocoles transculturels. Etant donné que le contexte et la méthode sont décrits avec précision, cela permettrait de faire une transposition à d'autres milieux.</p> <p>- confirmation → Les données sont relatées de manière objective. Les résultats ont en effet été vérifiés par les participants, puis présentés à un groupe de projet et à un second chercheur, et enfin à un comité d'experts.</p> <p>Les auteurs mentionnent également en fin d'article la transférabilité de leurs données.</p>
Résultats Traitement des données	Les méthodes de traitement des données ont-elles été suffisamment décrites ?	X			Oui. Le chapitre 2.4 était le traitement des données.
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			<p>Oui, très clairement. Les résultats sont présentés sous forme de tableau et de texte explicatif.</p> <p>3 catégories majeures décrivent les barrières des soignants pour adopter une approche culturellement appropriée. A chaque barrière, les chercheurs ont proposé une solution. Ils décrivent les barrières et le résultat ayant suivi la mise en œuvre des solutions.</p> <p>- Contexte politique national</p> <p><u>Catégorie</u> : nouvelle politique nationale pour le financement du système de santé</p> <p><u>Barrières</u> : moins de soutiens financiers mis à disposition pour les innovations et l'amélioration de la qualité, perte de motivation et d'intérêt de la part des professionnels de la santé en raison des remboursements</p> <p><u>Stratégie</u> : faciliter l'enregistrement et la déclaration du temps supplémentaire dépensé pour l'éducation de l'hypertension selon des normes transculturelles afin, par la suite, de chercher d'autres sources de remboursement</p> <p><u>Résultat</u> : moins de soucis à propos des conséquences financières de l'application des nouveaux protocoles</p> <p>- Facteurs organisationnels</p>

					<p><u>Catégorie</u> : changements organisationnels en cours <u>Barrières</u> : les problèmes techniques et organisationnels dus à l'introduction d'un nouveau système pour l'enregistrement électronique des données des patients, déplacement dans un autre immeuble (centre de soins) <u>Stratégie</u> : mise en %uvre reportée du nouveau protocole <u>Résultat</u> : attente/retard</p> <p><u>Catégorie</u> : environnement <u>Barrière</u> : les médecins assistants n'ont pas accès à des chambres privées pour l'éducation aux patients <u>Stratégie</u> : recherche de chambres adéquates pour l'éducation des patients <u>Résultat</u> : place de travail silencieuse pour les médecins assistants</p> <p><u>Catégorie</u> : contraintes de temps <u>Barrière</u> : la charge de travail élevée des médecins assistants <u>Stratégie</u> : mise en %uvre progressive de l'utilisation des nouveaux protocoles pour les premiers patients nouvellement diagnostiqués <u>Résultat</u> : prévention d'une surcharge des infirmières</p> <p><u>Catégorie</u> : contraintes de temps <u>Barrière</u> : les assistants doivent fournir de l'aide aux médecins généralistes <u>Stratégie</u> : définition claire du rôle des assistants dans le processus de soins pour les patients hypertendus <u>Résultat</u> : les médecins assistants auront plus de temps pour fournir de l'éducation à l'hypertension</p> <p><u>Catégorie</u> : contraintes de temps <u>Barrière</u> : pas de remplacement des personnes malades Pas de stratégie Pas de résultat</p> <p><u>Catégorie</u> : équipe</p>
--	--	--	--	--	--

					<p><u>Barrière</u> : beaucoup de roulement des médecins assistants</p> <p><u>Stratégie</u> : soutien au transfert des connaissances concernant le protocole pour les nouveaux membres de l'équipe</p> <p><u>Résultat</u> : matériel d'urgence disponible pour les nouveaux employés</p> <p>- Facteurs reliés aux soignants</p> <p><u>Catégorie</u> : compétences</p> <p><u>Barrière</u> : manque de connaissances informatiques et concernant le système d'enregistrement des données médicales</p> <p><u>Stratégie</u> : fournir des outils pratiques et du coaching individuel</p> <p><u>Résultats</u> : meilleur accès aux protocoles numériques, augmentation de l'utilisation des protocoles et du système d'enregistrement</p> <p><u>Catégorie</u> : compétences</p> <p><u>Barrière</u> : manque de connaissances basiques sur l'hypertension par les médecins assistants</p> <p><u>Stratégie</u> : faciliter les feed-back par les médecins généralistes (éducation médicale continue)</p> <p><u>Résultat</u> : amélioration des connaissances sur l'hypertension des médecins assistants</p> <p><u>Catégorie</u> : compétences</p> <p><u>Barrière</u> : compétences insuffisantes pour l'éducation des patients de la part des médecins assistants</p> <p><u>Stratégie</u> : fournir des vidéos de feed-back</p> <p><u>Résultat</u> : plus de perspicacité dans les processus de communication</p> <p><u>Catégorie</u> : routines/habitudes</p> <p><u>Barrière</u> : rechute dans les vieilles habitudes</p> <p><u>Stratégies</u> : fournir des rappels, des checklists, des images (ex. : des vidéos de feed-back), faciliter les feed-back des médecins généralistes</p> <p><u>Résultats</u> : utilisation facilitée des nouveaux protocoles, meilleure perception de chacun de ses attitudes professionnelles et des</p>
--	--	--	--	--	--

					<p>vieilles habitudes</p> <p><u>Catégorie</u> : attitudes <u>Barrière</u> : résistance générale à l'innovation <u>Stratégie</u> : reconnaître et discuter des raisons de la résistance <u>Résultat</u> : accent porté sur les participants les plus motivés</p> <p><u>Catégorie</u> : attitudes <u>Barrière</u> : ambivalence à propos de l'enregistrement de l'origine ethnique <u>Stratégie</u> : discuter des pour et des contre à propos de l'enregistrement de l'ethnicité <u>Résultat</u> : augmentation de l'enregistrement de l'ethnicité</p> <p><u>Catégorie</u> : origine/contexte culturel <u>Barrière</u> : comportements socialement souhaitables des patients Suriname Pas de stratégie Pas de résultat</p> <p>De plus, dans le texte, pour chaque catégorie, ils décrivent les barrières ainsi que les ressources.</p>
Discussion Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir de l'approche philosophique, ainsi que des recherches antérieures ?	X			<p>Les résultats sont interprétés à partir des recherches antérieures, présentées notamment dans l'introduction. Les liens sont développés dans la discussion.</p> <p>Les résultats ne sont en revanche pas clairement interprétés à partir d'une approche philosophique, étant donné que cette dernière n'est décrite nulle part. Il semble toutefois que les résultats soient interprétés à partir de l'approche conceptuelle comme par exemple l'éducation à la santé, même si elle n'est pas explicitée très clairement dans le texte. Les chercheurs ont semble-t-il adopté une posture de promotion de la santé, bien que cela ne soit mentionné que de manière implicite.</p>
	-La recherche tient-elle compte de la question de généralisation des	X			<p>Oui, la question de la généralisation des conclusions est abordée dans le dernier chapitre.</p>

	conclusions ?				Cette étude pilote montre que les soignants peuvent adopter la trousse à outils si des solutions sont trouvées pour faire face aux barrières pendant la période de mise en %uvre. L'étude révèle aussi que beaucoup de barrières ne sont pas spécifiques à une intervention qui promeut l'éducation culturellement appropriée mais sont similaires aux types d'obstacles qui sont rencontrés communément quand des innovations sont introduites dans les soins primaires.
	-Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			Oui, ils décrivent quelques forces méthodologiques et les limitations. Ils ont mis en %uvre les interventions en utilisant un design orienté sur les actions (action-oriented design). L'avantage d'utiliser ce design est qu'il a offert la possibilité aux auteurs de découvrir les barrières à la mise en %uvre ainsi que les actions qui pourraient être pertinentes pour permettre d'adapter les solutions au contexte local. Cependant, comme conséquence de ce choix, le chercheur a le rôle d'observateur mais aussi d'intervenant. Ça pourrait influencer la crédibilité et la validité des découvertes de cette étude. Cependant, pour garantir la validité du contenu, les membres (ils n'indiquent pas de quels membres ils parlent) ont vérifié les données collectées. Aussi, pendant l'analyse, les données des différentes sources (ex. : rencontres pour discuter, enregistrement vidéo, consultations individuelles) ont été comparées pour trouver des similarités et des différences (triangulation) et les découvertes et conclusions préliminaires ont été vérifiées et discutées par un 2 ^{ème} chercheur et le comité du projet. Les découvertes et les conclusions ont été discutées dans une rencontre avec des experts pour vérifier la plausibilité. Une limitation de l'étude était les données limitées sur l'actuelle prestation d'éducation au patient dans la pratique. Seulement un groupe sélectionné (les volontaires) était disposé à enregistrer leurs consultations avec les patients, bien que l'enregistrement vidéo fournisse des aperçus clairs de comment l'éducation est donnée. Les formes d'enregistrement venant des consultations n'étaient pas systématiquement remplies par les soignants. De plus, ils n'ont pas collecté de données sur comment les patients expérimentaient la nouvelle éducation au patient.

Perspectives	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?	X			Oui. Dans la discussion, les auteurs mentionnent la nécessité de réaliser des études futures sur un enregistrement plus systématique des données des séances d'éducation à l'hypertension. La plupart des barrières quant à l'implantation des outils pour des soins culturellement appropriés n'indique aucune résistance à une mise en place plus généralisée de tels protocoles. Les promoteurs de programmes améliorant la qualité ne devraient pas hésiter à développer des innovations pour stimuler des soins culturellement appropriés. Les éléments des interventions qu'ils ont développé dans cette étude sont bien décrits (ex. : trousse à outils, 5) et transférables. Ces éléments pourraient être utilisés comme prototype pour des autres centres de soins ou chercheurs qui veulent développer des interventions stimulant une approche culturellement appropriée pour l'éducation de l'HTA pour les populations des minorités ethniques. Les barrières et les possibilités identifiées dans cette étude fournissent des données utiles pour construire un plan de mise en œuvre des interventions stimulant des soins culturellement appropriés.
Aspects du rapport	Questions	oui	Non*	Peu clair*	*Commentaires
Questions générales Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			Bien écrit, résultats bien détaillés. Mais dans l'intro, le cadre conceptuel n'est pas très bien expliqué et détaillé.
Evaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?	X			Oui, les barrières mentionnées peuvent être généralisées, tout comme les solutions proposées pour y remédier, puisque les auteurs décrivent avec précision leurs méthodes, leurs procédés et leurs résultats, ce qui permet aux lecteurs de comprendre tous les tenants et les aboutissants de cette étude et d'une potentielle implication dans d'autres contextes.

Références bibliographique : Loiselle, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec : ERPI.

Références de l'article analysé : Priebe, S., Sandhu, S., Dias, S., Gaddini, A., Greacen, T., Ioannidis, E., . . . Bogic, M. (2011). Good practice in health care for migrants : views and experiences of care professionals in 16 European countries. <i>BMC Public Health</i> , 11, 187. doi : 10.1186/1471-2458-11-187					
Aspects du rapport	Questions	oui	Non	Peu clair	Commentaires
Titre	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	X			Good practice in health care for migrants : views and experiences of care professionals in 16 European countries → Oui. Il permet de comprendre que des professionnels de la santé donnent leur avis sur la prise en charge de patients migrants.
Résumé	-Synthétise-t-il clairement les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?	X			Oui, il résume le background, les méthodes, les résultats et les conclusions, ce qui correspond aux critères IMRAD (Introduction, Matériel et Méthode, Résultats And Discussion)
Introduction Enoncé du problème	-Le problème ou phénomène étudié est-il clairement défini ?	X			Oui, bien qu'assez brièvement. Le challenge central pour l'Europe, avec l'augmentation de la proportion de migrants, est la mise sur pied de services de santé accessibles, équitables et de bonne qualité pour tous. Un bref résumé des études effectuées sur ce sujet jusqu'ici est présenté.
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur le problème ou phénomène étudié ?	X			La plupart des études sur les soins de santé des migrants se focalisent sur l'accès et l'utilisation des services par les migrants. Cette étude n'est pas sur les problèmes d'accès des soins mais sur la qualité des soins donnés aux migrants une fois qu'ils sont dans un service. Il n'y a eu que très peu de recherches systématiques explorant les opinions des soignants et leurs expériences sur ce qu'ils voient comme étant les problèmes et qu'est-ce qu'ils considèrent comme étant des bonnes pratiques dans la prise en charge des patients migrants.
Cadre théorique ou conceptuel	-La base philosophique, la tradition, le cadre conceptuel ou l'orientation idéologique sont-ils définis ?		X		Les auteurs semblent porter un intérêt particulier à la qualité des soins pour les migrants, bien que le concept de qualité des soins ne soit pas défini plus précisément et qu'aucun cadre philosophique ne soit explicité.
Question de recherche	-Les questions de recherche sont-elles clairement formulées ?	X			Cette étude explore les opinions et les expériences des professionnels des soins de santé dans différents types de services en Europe, qui procurent des soins quotidiens aux migrants.

					Le but est de dévaluer et de comprendre quels problèmes ils ont expérimenté dans leur service et qu'est-ce qu'ils considèrent comme bonne pratique pour surmonter ces problèmes ou limiter leur impact négatif sur la qualité des soins.
	-Découlent-elles de l'état des connaissances (théories, concepts, idéologie et recherches antérieures) ?	X			Oui, la question de recherche découle de l'état des connaissances actuelles sur le sujet.
Méthodes Tradition et devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ? -Les méthodes utilisées pour recueillir et analyser les données correspond-elle à la tradition de recherche ? -Les temps passé sur le terrain est-il en adéquation avec les devis de recherche ?			X	Le devis de recherche n'est pas décrit. La description de la méthode permet toutefois clairement de déduire qu'il s'agit d'un devis qualitatif. Les chercheurs ont effectué une analyse de contenu à large échelle, sans préciser exactement quel devis ils utilisaient. L'étude semble toutefois se rapprocher d'un devis qualitatif phénoménologique descriptif. La méthode utilisée pour recueillir les données est l'utilisation des interviews, ce qui correspond bien à la tradition de recherche. La méthodologie est clairement expliquée et semble rigoureuse par rapport au devis. Les interviews ont eu lieu entre 2008 et 2010, soit deux années sur le terrain, ce qui semble en adéquation avec le devis de recherche.
Population et contexte	-La description du cadre et de l'échantillon est-elle détaillée ?	X			Les interviews ont été conduites avec des professionnels des soins de santé dans 16 pays européens (recouvrant plus de 85% de la population européenne) pour identifier leur expérience et leurs opinions sur les soins de santé fournis aux migrants. Pour s'assurer que les participants avaient suffisamment d'expériences avec les migrants, on a demandé à chaque pays participant d'identifier et de recruter des participants venant de régions où le niveau de population migrante était particulièrement élevé. Les migrants ont été définis comme des personnes qui sont nées en dehors du pays de résidence et qui étaient âgées entre 18 et 65 ans. Cette définition inclut les immigrants régularisés, les réfugiés, les demandeurs d'asile, les victimes de trafic d'humains et les immigrants illégaux (sans papier).

					<p>La liste des régions et des services de santé sélectionnés dans les 16 pays sont présentés dans le tableau 1. Trois types de service : soins primaires (9 par pays = 144), département d'accidents et des urgences (3 par pays = 48 en tout), services communautaires de soins de santé mentale (3 par pays = 48).</p> <p>Les services ont été contactés et ont décidé eux-mêmes quelle personne de l'équipe prendrait part à l'interview. La taille de l'échantillon est en adéquation avec le devis qualitatif.</p>
	-Les chercheurs ont-ils saturé les données ?			X	<p>Méthodologiquement, il semble que non. Les auteurs estiment néanmoins que l'étendue de la recherche, et le fait qu'elle ait eu lieu dans de nombreux pays, permet de considérer que la saturation a été atteinte.</p>
Aspects du rapport	Questions	oui	Non	Peu clair	Commentaires
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	X			<p>Des interviews en face à face ont été conduits entre 2008 et 2010. Un plan d'interviews structuré a été développé en anglais et piloté dans chaque pays participant. La version finale a été traduite dans les langues des pays participants.</p> <p>Il était présenté en 2 parties :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Questions ouvertes sur les expériences en général, en particulier les problèmes et les ressources pour fournir des soins aux migrants dans les services 2. Questions ouvertes à propos de situations de prise en charge fictives représentées dans les 3 vignettes de cas (immigrant illégal, réfugié, immigrant travaillant). Ces cas ont été modifiés pour convenir aux 3 types de services (soins primaires, départements des urgences et accidents = A&E, ainsi que la santé mentale). Ces vignettes sont décrites dans le chapitre « méthode ». <p>Les interviews ont été enregistrés en format audio dans la majorité des cas. Quand ce n'était pas possible, les réponses ont été documentées par écrit.</p>
	-Y-a-il une adéquation entre le phénomène étudié, la question de recherche et les instruments de	X			<p>Oui. Selon la question de recherche, les auteurs cherchent à donner aux soignants la possibilité d'exprimer leur avis concernant la prise en charge des migrants. Le phénomène étudié, à savoir les</p>

	collecte des données ?				ressources et difficulté dans la prise en charge des migrants, permet de répondre à cette question. L'instrument de collecte des données, l'interview, permet aux soignants de donner concrètement leur avis, et leur permet de le faire sur la base des vignettes, ce qui établit un lien concret avec des situations de la pratique.
Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ? -A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?	X			- La procédure de recherche est bien décrite, dans la mesure où le choix de l'échantillon, des pays, le déroulement des interviews et le codage de ces derniers sont bien décrits. - Un consentement éclairé a été obtenu avant les interviews et l'étude a été approuvée par des comités éthiques dans les pays où c'était nécessaire. Une approbation éthique pour l'étude a été obtenue au Portugal. Dans les autres pays, une approbation éthique n'a pas été nécessaire parce qu'il n'y a pas eu de données de patients enregistrées.
Rigueur	-Les chercheurs ont-ils suffisamment étayé le déroulement de l'étude afin que leurs conclusions soient crédibles et transférables ?	X			Oui, les chercheurs ont défini avec précision la méthode utilisée et le déroulement de l'étude. Leurs conclusions nous semblent donc crédibles et transférables. Les chercheurs ayant décrit avec beaucoup de précision leurs procédés de recherche, leurs méthodes et leur échantillon, ils donnent suffisamment d'informations pour que les lecteurs puissent juger de la crédibilité et de la transférabilité des données. Les résultats répondent aux critères de transférabilité propres aux études qualitatives : - crédibilité → l'exactitude dans la description du phénomène relate bien le vécu des participants. Les extraits de réponse mentionnés dans le texte rendent compte du vécu des participants. - fiabilité → l'évolution du phénomène est décrite précisément puisque les chercheurs mentionnent avec précision quelles ont été les barrières et ressources rencontrées par les soignants dans la prise en charge des migrants. La précision avec laquelle la méthodologie de recherche et de codage des données est décrite renforce la fiabilité de l'étude. - transférabilité → les résultats pourraient être transposés à

					<p>d'autres contextes. Etant donné que l'étude a été réalisée dans un milieu extrêmement vaste, incluant 16 pays, et que l'instrument de collecte de données (interview) a été adapté pour la langue de chacun de ces pays, nous pouvons sans autre imaginer que les résultats puissent être transférables.</p> <p>- confirmation → Les données sont relatées de manière objective et basées sur les dires des participants. Les résultats, une fois qu'ils ont été codés, ont été vérifiés par chacun des centres ayant pris part à l'étude, ce qui renforce l'objectivité de l'étude.</p>
Résultats Traitement des données	Les méthodes de traitement des données ont-elles été suffisamment décrites ?	X			<p>Les 240 interviews ont été audio-enregistrées ou réalisées par écrit puis transcrites verbalement, ce qui garantit l'anonymat.</p> <p>Les chercheurs ont ensuite effectué une analyse de contenu. L'interview a été codée afin de faire une analyse pertinente. Un premier codage a été réalisé au sein de chaque service. Les codes et les extraits de textes correspondants ont ensuite été utilisés pour développer un « livre de codes », qui a été traduit en anglais et approuvé par les chercheurs de chaque pays.</p> <p>Ce livre de code a été utilisé pour coder l'intégralité du recueil de données. Des vérifications stratégiques ont été faites après le codage des 6 premières interviews transcrites de chaque pays. Si des différences dans la manière de coder avaient lieu, alors cela était clarifié et vérifié rapidement.</p> <p>Dans un second temps, les codes ont été regroupés dans des catégories, qui étaient ensuite structurées et groupées pour former des thèmes principaux. Des vérifications finales ont été faites par chaque centre participant et le centre responsable de la coordination.</p> <p>Les données de toutes les parties des interviews et de tous les pays ont été incluses dans les thèmes.</p>
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			<p>Les résultats sont présentés de manière très claire. Des tableaux résument l'essentiel, les textes approfondissent et présentent des citations relevées lors des interviews. La structure du chapitre des résultats est également bonne.</p>

					<p>Les interviewés étaient des docteurs (156), des infirmières (44), des psychologues (7), des physiothérapeutes (4) et des travailleurs sociaux (3). Quelques administrateurs et managers ont également pris part à l'étude et ont aussi été qualifiés de professionnels de soins de santé.</p> <p>La majorité des répondants (74%) ont affirmé qu'en général, le traitement des migrants ne diffère pas fondamentalement de celui des patients non-migrants.</p> <p>Plus des deux tiers (147 participants) ont mentionné explicitement que pour les vignettes des migrants ayant un travail, il n'y aurait pas de différence dans la démarche de soins. Pour les réfugiés et les immigrants sans papier, seulement un ou deux participants ont reporté qu'il n'y aurait pas de différence dans la prise en charge.</p> <p>8 domaines problématiques ont été identifiés (tableau 2). Ces problèmes sont décrits et présentés en texte dans l'ordre de fréquence où ils ont été mentionnés dans les interviews.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Barrières de langue - Difficultés d'organiser des soins pour les migrants sans couverture sociale - Manque de réseau social et expériences traumatisantes - Manque de familiarité avec le système de soins de santé - Différentes compréhensions des maladies et des traitements - Différences culturelles - Attitudes négatives envers l'équipe et les patients - Manque d'accès à l'histoire médicale <p>La plupart des problèmes ont été relevés similairement dans les trois types de service. Les attitudes négatives et le manque d'accès à l'histoire médicale étaient problématiques dans 15 pays. Tous les autres domaines problématiques ont été relevés dans les 16 pays.</p> <p>Les éléments de bonne pratique sont résumés dans le tableau 3 et expliqués et décrits sous forme de texte par ordre de fréquence. Ces bonnes pratiques ont été intégrées dans les catégories/les</p>
--	--	--	--	--	---

					<p>thèmes indépendamment du fait qu'elles aient été mentionnées comme une force existante de leur service ou une suggestion pour de futures améliorations.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Flexibilité organisationnelle avec des ressources et du temps suffisants - De bons services d'interprétariat - Travail avec les familles et les services sociaux - Conscience culturelle de l'équipe - Programmes éducationnels et matériel d'information pour les migrants - Relation positive et stable avec l'équipe - Guidelines clairs sur les droits d'être soigné des différents groupes de migrants <p>La collaboration avec les familles et les services sociaux était plus souvent rapportée dans les services de santé mentale, alors que les autres éléments de bonne pratique étaient relevés dans les trois types de services, avec la même fréquence. La nécessité de guidelines clairs était suggérée dans 10 pays, les programmes d'éducation dans 14 pays, la relation positive dans 15 pays et toutes les autres bonnes pratiques suggérées dans les 16 pays. Ces différents éléments sont décrits plus en détails dans le tableau des résultats situé dans les annexes.</p>
Discussion Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir de l'approche philosophique, ainsi que des recherches antérieures ?	X			<p>Les résultats sont interprétés au regard de la littérature et des études disponibles sur le sujet (chapitre « comparisons with the literature »). Les auteurs mentionnent qu'une bonne pratique auprès des migrants consiste avant tout à les soigner de manière individuelle en considérant leurs besoins personnels afin de garantir la qualité des soins.</p>
	-La recherche tient-elle compte de la question de généralisation des conclusions ?	X			<p>Oui, les auteurs mentionnent les questions de généralisation. Selon eux, étant donné l'étendue de l'étude (16 pays, avec chacun une histoire de la migration différente) et le nombre d'interviews menés, l'étude peut être généralisée.</p> <p>Les domaines problématiques et les éléments de bonne pratique sont complets, c'est-à-dire qu'ils couvrent toutes les déclarations</p>

				<p>faites dans les 240 interviews des 16 pays. La plupart des problèmes et des éléments de bonne pratique ont été soulevés dans tous les pays et dans plus de 50% des interviews, bien que l'aspect spécifique et l'accent pour chaque thème variait souvent suivant les interviews. Les conclusions de l'étude fournissent ainsi une image systématique des difficultés dans les soins des migrants et les possibles solutions.</p> <p>Les facteurs de bonne pratique pourraient être vus comme des éléments de qualité de manière plus générale, et la plupart d'entre eux pourraient être appliqués pas seulement aux migrants mais plus généralement à tous les patients (principe des soins individualisés).</p> <p>Une bonne pratique pour les migrants requière toutefois des efforts spécifiques supplémentaires qui nécessitent des modifications dans les pratiques de routine (donner plus de temps aux patients ayant des problèmes de langue, collaborer avec les services sociaux, etc.)</p>
	-Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X		<p>Description des forces et des limites.</p> <p>Forces :</p> <ul style="list-style-type: none"> - étude large utilisant des méthodes similaires dans les 16 pays - les découvertes/conclusions sont basées sur un total de 240 interviews venant de pays avec différentes histoires migratoires. La saturation des conclusions peut être assumée. Mais méthodologiquement cette saturation est toutefois questionnable. - Ils ont utilisé des critères de sélection similaires et le même plan d'interview pour tous les pays (sauf l'origine des migrants dans les vignettes de cas) - Ils ont mis en application une méthode rigoureuse et cohérente pour l'analyse du matériel qui, à leur connaissance, est unique pour une étude qualitative incluant autant de pays et de langues, et le processus a été géré avec qualité et de manière systématique - Le plan des interviews était spécifique aux soins de santé délivrés plutôt que sur la question de l'accès aux soins,

					<p>comme c'est le cas dans la plupart des études.</p> <p>Limites :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le processus dechantillonnage n'a pas pu être respecté dans tous les pays. Ainsi, bien que la plupart des centres se trouvent dans des capitales, ce n'est pas le cas de tous. - Les interviewés se sont sélectionnés eux-mêmes ce qui a pu introduire un biais (préférer les professionnels avec un intérêt particulier pour la santé des migrants et avec des opinions particulièrement positives ou critiques). - Les déclarations ont pu être influencées par des tendances de réponse, pour correspondre par exemple à ce qui est socialement attendu en terme de réponse (pas d'information indépendante à propos de ce qui arrive actuellement dans les services participant et on ne sait pas l'opinion des patients migrants). - Des traductions en anglais ont été requises pour l'analyse finale, des informations ont pu être perdues, conséquence de la traduction.
Perspectives	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?	X			<p>Oui, très clairement.</p> <p>Implanter tous les éléments de bonne pratique identifiés dans cette étude requière des ressources suffisantes, une flexibilité organisationnelle, des attitudes positives, une formation de l'équipe et la mise à disposition d'informations. Le plus grand défi consiste probablement à améliorer l'attitude des soignants, qui pourrait être reliées aux expériences personnelles autant qu'au contexte sociétal.</p> <p>Les futures études devraient être moins complètes et étudier des éléments, des facteurs définis de manière plus précise, intégrer le point de vue des patients, évaluer le comportement actuel dans les services, et se focaliser sur les modèles de service qui sont vu comme ayant de bonnes pratiques. Les études expérimentales devraient tester la faisabilité et l'efficacité des interventions spécifiques pour obtenir un ou plusieurs éléments de bonne pratique identifiés dans cette étude.</p>
Aspects du	Questions	oui	Non*	Peu	*Commentaires

rapport				clair*	
Questions générales Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			Oui. L'article est bien structuré, les résultats sont présentés de manière très claire. Tous les éléments nécessaires à une analyse sont mentionnés.
Evaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?	X			Etant donné l'ampleur de l'étude, les résultats peuvent être très utiles pour la pratique infirmière en général.

Références bibliographique : Loiselle, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec : ERPI.

Références de l'article analysé : Guerrero, E. G. (2010). Managerial capacity and adoption of culturally competent practices in outpatient substance abuse treatment organizations. <i>Journal of Substance Abuse Treatment</i> , 39(4), 329-339. doi : http://dx.doi.org/10.1016/j.jsat.2010.07.004					
Aspects du rapport	Questions	oui	Non	Peu clair	Commentaires
Titre	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	X			Managerial capacity and adoption of culturally competent practices in outpatient substance abuse treatment organizations Oui, le titre permet de comprendre que le lien sera fait entre la compétence managériale et l'adoption de pratiques culturellement compétentes.
Résumé	-Contient-il les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?			X	Le cadre théorique/historique est brièvement présenté, ainsi que le but de l'étude, et la conclusion qu'il en est tiré. La méthodologie de recherches et les résultats ne sont néanmoins pas mentionnés dans le résumé. Le résumé ne correspond donc pas entièrement aux critères IMRAD (Introduction, Matériel et Méthode, Résultats And Discussion).
Introduction Enoncé du problème	-Le problème de recherche est-il énoncé clairement ?	X			Le but de l'étude consiste à examiner dans quelle mesure les bonnes compétences managériales sont corrélées à l'adoption de pratiques de soin culturelles et linguistiques compétentes, dans les unités OSAT aux Etats-Unis (outpatient substance abuse treatment, unités spécialisées sur les dépendances). Ceci devrait permettre, dans un second temps (mais pas dans le cadre de cette étude), de réaliser et d'adopter des standards qui garantiraient que les managers ont les connaissances et l'expérience nécessaires pour fournir des soins de qualité aux minorités.
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur les variables étudiées ?	X ?			Chapitre 1.1 : le lien entre les compétences managériales et l'adoption de pratiques de soin efficaces (innovations organisationnelles notamment) est expliqué. Il semble que le lien entre ces deux variables ne soit, sur la base des études réalisées jusqu'à ce sujet, pas encore très clair. Il s'agit là de deux variables essentielles de l'étude : - compétences managériales - adoption de pratiques de soin efficaces (notamment organisation)

Cadre théorique ou conceptuel	-Les principales théories et concepts sont-ils définis ?	X			<p>Les éléments théoriques pour la compréhension de la problématique sont présentés en détail, sur la base d'études réalisées sur le sujet. Ainsi, les liens entre les compétences managériales et l'adoption de nouvelles pratiques, ainsi que le lien entre le financement d'une unité, certains facteurs environnementaux et l'adoption de nouvelles pratiques sont mis en évidence.</p> <p>1.1 Dans les soins de santé, l'éducation universitaire représente à la fois les connaissances théoriques et les compétences démontrant des corrélations positives avec l'adoption de pratiques organisationnelles variées.</p> <p>Les connaissances de la pratique clinique sont généralement mesurées par le fait que l'équipe/les membres de l'équipe possède(nt) un certificat ou une licence professionnelle comme conseillers en traitement (dans les milieux OSAT).</p> <p>Pour les managers, avoir une licence professionnelle indique une meilleure sensibilité et des connaissances sur les besoins des clients. Avoir cette licence et l'expérience est généralement associé avec les programmes offrant des pratiques « evidence-based », comme les nouvelles thérapies pharmacologiques.</p> <p>Toutefois, ces 2 caractéristiques managériales ne sont pas reliées aux unités offrant la prévention nécessaire ou des pratiques accessibles pour les communautés/sensibilisation des communautés (outreach practices).</p> <p>Ce n'est pas clair comment et quelles connaissances sont nécessaires aux managers pour adopter différentes pratiques, mais globalement, des études disparates suggèrent que ces caractéristiques jouent un rôle important dans l'adoption d'innovations organisationnelles.</p> <p>1.2 : Le plus récent modèle conceptuel de changements organisationnels dans le traitement de l'abus de substances argumente que la mise en œuvre de nouvelles pratiques requièrent des leaders influents avec des connaissances, de l'autorité, du respect et de l'engagement pour implanter des programmes responsables dans la pratique.</p> <p>Les managers sont plus à même de défendre l'adoption de nouvelles pratiques s'ils sont pour et qu'ils croient que c'est approprié pour leur</p>
-------------------------------	--	---	--	--	---

				<p>organisation.</p> <p>Caractéristiques des managers : incluent l'expérience managériale des directeurs et chefs, leur formation et les connaissances des besoins de traitement des clients et incluant une compréhension significative des besoins culturels et linguistiques des patients.</p> <p>Les chefs qui sont culturellement sensibles aux besoins des clients des minorités ethniques et raciales devraient assigner à ces clients des conseillers basés sur les similarités raciales et linguistiques (même langue, même race).</p> <p>Les expériences des directeurs, leur formation et leurs connaissances des communautés peuvent aussi être des facteurs managériaux associés avec le recrutement et le maintien d'équipes diversifiées culturellement et la garantie de services compétents linguistiquement.</p> <p>→ Ces différents éléments théoriques ont mené à la formulation de l'hypothèse 1.</p> <p>La majorité des unités OSAT sont composées de conseillers blancs (85%), alors que plus de la moitié des patients ne le sont pas. Si les équipes managériales n'arrivent pas à recruter suffisamment de professionnels issus des minorités, alors elles doivent investir pour former leurs employés (blancs) en compétences transculturelles, afin d'améliorer la prise en charge.</p> <p>→ Ces différents éléments théoriques ont mené à la formulation de l'hypothèse 2.</p> <p>Au-delà des compétences managériales des chefs, l'adoption de pratiques culturelles efficaces dépend également des ressources (financières notamment). Aux USA, les unités recevant des fonds publics sont priées de fournir des services linguistiques et culturels appropriés.</p> <p>→ Ces différents éléments théoriques ont mené à la formulation de l'hypothèse 3.</p> <p>1.3 : d'importants facteurs environnementaux et de ressources contribuent à la mise en œuvre de nouvelles pratiques dans les unités OSAT.</p> <p>La taille des organisations, leur équipe et les ressources du service reflètent la capacité organisationnelle de fournir de nouveaux services.</p>
--	--	--	--	--

				<p>Les unités urbaines qui ont plus de ressources et plus de pression sociale ont plus de chance d'adopter des pratiques légitimes.</p> <p>Les mandats institutionnels provenant des fonds publics et les accréditations professionnelles fournissent des ressources et répondent aux attentes pour offrir des pratiques culturellement responsables.</p> <p>Le type de traitements proposés par l'unité, ainsi que son affiliation jouent également un rôle dans l'adoption de nouvelles pratiques.</p> <p>C'est important de considérer le rôle des propriétés des unités et de la diversité des clients.</p> <p>La diversité ethnique et raciale des clients dans les unités détermine généralement comment les services posent les priorités.</p>
Hypothèses	-Les hypothèses sont-elles clairement formulées ?	X		<p>Oui, les trois hypothèses sont très clairement formulées, et découlent d'une réflexion présentée préalablement.</p> <p>Hypothèse 1 : Corrélation positive entre A. les compétences managériales et le soutien des chefs pour favoriser une prise en charge par un soignant correspondant à la langue ou la race du patient (espagnol) et B. la probabilité qu'une unité offre une prise en charge selon la race pour les Afro-Américains et qu'elle engage des conseillers bilingues ou parlant espagnol.</p> <p>Hypothèse 2 : les capacités managériales et le degré de sensibilité culturelle des chefs vont être positivement associées avec le pourcentage de membres des équipes soignantes recevant des cours transculturels et le nombre d'heures reçues.</p> <p>Hypothèse 3 : le degré de sensibilité culturelle des chefs va modérer la relation entre les unités avec de nombreux fonds publics et l'adoption par les unités des trois pratiques culturelles principales (prise en charge par un conseiller de même race/ethnie, prise en charge par un conseiller de même langue et cours de compétences transculturelles)</p>
	-Découlent-elles de l'état des connaissances (théories et recherches antérieures ?	X		<p>Oui, les hypothèses découlent des connaissances disponibles jusqu'ici et présentées dans chacun des paragraphes précédant les hypothèses.</p>
Méthodes Devis de	-Le devis de recherche est-il décrit ?		X	<p>Non le devis de recherche n'est pas décrit clairement. Toutefois, la formulation des hypothèses, qui mentionnent clairement la recherche</p>

recherche					de corrélations, permet de déduire qu'il s'agit d'un devis quantitatif descriptif (non-expérimental) corrélationnel prédictif.
Population et contexte	-La description de l'échantillon est-elle suffisamment détaillée ?	X			La manière dont l'échantillon a été choisi est décrite en détail. L'échantillon provient notamment de la liste des unités OSAT recensées dans la National Drug Abuse Treatment System Survey (NDATSS). La NDATSS est une étude de grande ampleur réalisée aux Etats-Unis pour évaluer l'impact des réformes de santé sur l'accès et la qualité des soins. Les chercheurs de la NDATSS ont donc recensé les informations concernant le management et les diverses politiques en lien avec l'organisation, le financement, l'accès et la qualité des traitements en cas d'addictions. Pour cette étude, les données de 1995 et de 2005 de la NDATSS ont été prises en compte. Les mesures prises afin d'éviter tout biais dans le choix de l'échantillon sont également décrites.
	-La taille de l'échantillon est-elle adéquate par rapport au contexte de la recherche ?	X			L'échantillon choisi est très grand. Cela semble donc adapté au contexte de la recherche (unités OSAT aux Etats-Unis). En 1995 : 618 unités OSAT = analyses les plus complètes car il y a tous les résultats, à savoir, le fait qu'il y ait des membres des équipes bilingues et parlant l'espagnol. En 2005 : 566 unités OSAT Les données collectées en 2000 n'ont pas été incluses dans cette analyse (car il manque la plupart des indicateurs de compétences culturelles)
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?			X	Une part des données provient d'une liste de plusieurs listes nationales de services fournissant des traitements en lien avec les dépendances. La liste comprend des sous-catégories (modalités de traitement, appartenance (public, privé, ONG), affiliation organisationnelle (hôpital, centre de santé mentale, etc.). Ces listes semblent correspondre aux instruments utilisés dans l'étude NDATSS. Une autre part des données provient des dires des managers des unités. Les directeurs et chefs de ces services (80% d'entre eux) ont été interrogés par téléphone.
	-Les variables à mesurer sont-elles décrites et	X			Oui, les variables sont décrites et opérationnalisées. Elles sont également présentées en détails dans le tableau 1.

	opérationnalisées ?				<p><u>Variables dépendantes</u> : compétence culturelle organisationnelle, évaluée selon les 5 points qui représentent le noyau central du concept de compétence culturelle (Brach & Faser, 2000, Campbell & Alexander, 2003) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - quel pourcentage de l'équipe a suivi un cours sur la manière de prendre en charge des patients de différentes races/groupes ethniques → uniquement pour 2005 - combien d'heures de cours a reçu l'équipe → uniquement pour 2005 - si l'équipe comprend des soignants bilingues - si l'équipe comprend des membres qui parlent espagnol - si l'unité propose des prises en charge selon la race (race matching : conseiller de la même race que le patient). <p><u>Variables explicatives</u> : les capacités managériales incluent des variables au niveau du directeur, ainsi qu'au niveau du chef.</p> <p>Directeur : - liens avec les communautés des clients, mesurés sur la base du nombre d'heures passées par le directeur au sein de la communauté durant un mois.</p> <ul style="list-style-type: none"> - expérience et compétences professionnelles, mesurées selon le nombre d'années passées à la direction - si le directeur a une licence - formation du directeur, selon le nombre d'années d'études académiques réalisées <p>Chef : les variables sont évaluées selon le fait que le chef est d'accord avec le fait que les Afro-Américains et les Latinos ont besoin de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - traitement par un membre du personnel de la même race/groupe ethnique - traitement par un membre du personnel qui a reçu une formation sur l'histoire du groupe ethnique - traitement par un membre du personnel qui parle la même langue/dialecte - traitement qui inclut les membres de la famille - traitement qui améliore la confiance en soi du patient. <p>Deux de ces variables (race and language matching) sont basées sur</p>
--	---------------------	--	--	--	---

				<p>des éléments simples (single items) pour prédire si le service met à disposition des conseillers de la même race ou même langue.</p> <p>La troisième variable explicative est basée sur les 5 valeurs mentionnées ci-dessus, afin de créer une mesure de la sensibilité culturelle des chefs. Cette variable a été créée selon la méthode Rasch, qui permet notamment d'éviter les biais. Il s'agit d'une méthode psychométrique d'analyse de variables quantitatives. Cette méthode est adaptée dans le contexte de cette étude.</p> <p>Le coefficient de Cronbach (il s'agit également d'un test statistique psychométrique qui permet d'évaluer la cohérence interne des questions posées qui, si elles portent sur un même sujet, doivent être corrélées. Cela permet d'évaluer la fidélité d'un score à un test) était au niveau .99</p> <p>Une variable de modulation a également été créée afin de mesurer si l'unité recevait un niveau élevé de fonds publics.</p> <p>Des variables de contrôle incluait la race/ethnie des patients afin d'évaluer la diversité de l'unité (basse, moyenne, élevée) ainsi que les facteurs organisationnels associées avec la compétence culturelle (ressources financières, régulation, licence, accréditation, proportion entre le personnel et le nombre de patients, taille, type de traitement, location, propriétaire, affiliation).</p>
Déroulement de l'étude	<p>-La procédure de recherche est-elle décrite ?</p> <p>-A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?</p>	X		<p>La procédure d'analyse menant aux résultats est décrite.</p> <p>Pour l'hypothèse 1 : analyse cross-sectional avec le programme STATA/SE, concernant les données de 1995.</p> <p>Hypothèse 2 : design longitudinal, pour 1995 et 2005.</p> <p>Hypothèse 3 (effet modérateur) : testée avec une analyse cross-sectional et un design longitudinal.</p> <p>Les études cross-sectional ont utilisé des régressions logistiques pour les résultats dichotomes. Des modèles d'effets de hasard (random) avec spécifications Tobit ont été utilisées pour orienter positivement les valeurs du modèle longitudinal.</p> <p>Les spécifications à effet randomisé pour les analyses longitudinales ont permis de représenter/expliciter les corrélations dans les unités entre les choses pas observées et ce qui est basé sur des observations répétées dans les unités OSAT à des moments</p>

					<p>différents.</p> <p>Ceci suppose que les variables indépendantes observées ne sont pas corrélées avec le terme d'erreur. Une analyse du point de quadrature a permis de déterminer si les effets de randomisation étaient adéquats.</p> <p>Aucune mesure éthique particulière n'a été entreprise. Néanmoins, étant donné qu'aucune donnée privée concernant les patients n'a été utilisées, peut-être que cela n'était pas nécessaire. Des mesures éthiques devraient toutefois avoir été entreprises dans le cadre de l'étude NDATSS. Cela n'est néanmoins pas mentionné dans la recherche.</p>
Résultats Traitement des données	Des analyses statistiques ont-elles été entreprises pour répondre à chacune des hypothèses ?	X			<p>Les chefs des unités OSAT démontrent un haut degré de soutien pour trois points : les Latinos ont besoin de services par des conseillers parlant espagnol (93%), les Afro-Américains doivent être pris en charge par des Afro-Américains (59%), le personnel des unités OSAT doit avoir connaissance de l'histoire des Afro-Américains pour leur offrir des services de qualité (86%).</p> <p>Cf tableau no 1, qui présente les statistiques selon chaque variable. Tableau no 2 également et tableau no 3.</p>
Aspects du rapport	Questions	oui	Non	Peu clair	Commentaires
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			<p>Oui. Les tableaux résument les résultats selon chaque variable. Les paragraphes de présentation des résultats sont également très clairs. Les résultats par rapport à chaque hypothèse sont présentés.</p> <p>L'hypothèse 1 est partiellement validée : l'adoption d'une politique selon laquelle la prise en charge est dispensée par un soignant de même langue ou race que le patient est associée au soutien des chefs pour ces pratiques [OR (95% IC) = 3.0 (1.2 . 7.4), $p < .01$ ce qui est très significatif].</p> <p>L'indicateur le plus fort du fait d'avoir du personnel bilingue ou parlant espagnol est le niveau de dotation d'une équipe [OR (95% IC) = 2.4 (0.5 . 12.8)].</p> <p>L'hypothèse 2 souhaitait vérifier le lien entre différents éléments du management et la quantité de formation en soins transculturels</p>

				<p>dispensée. Cette hypothèse a été partiellement validée. Les analyses ont démontré une relation très forte entre la sensibilité culturelle des chefs et le pourcentage de membres de l'équipe qui avaient suivi un cours, et le nombre d'heures de cours [Tobit (SE) = 0.78 (0.23) et 0.10 (0.03), pour ces deux variables $p < .001$ ce qui est très significatif]. Une relation positive entre les directeurs avec une licence professionnelle et le nombre d'heures passées au sein des communautés et le pourcentage de personnel ayant reçu une formation a également été démontrée [Tobit (SE) = 9.78 (5.78) et 0.96 (0.81), pour la première variable $p < .05$ ce qui est significatif]. Toutefois, la formation des directeurs était négativement corrélée au pourcentage de personnel formé et au nombre d'heures [Tobit (SE) = -5.57 (2.55), $p < .01$ ce qui est très significatif et -1.03 (0.35), $p < .001$ ce qui est très significatif]. Il a également été observé que nettement plus de monde avait suivi un cours en 2005 [Tobit (SE) = 36.84 (7.18), $p < .001$ ce qui est très significatif].</p> <p>L'hypothèse 3 n'a pas été validée. Aucun résultat significatif n'a été démontré pour ce qui concerne la sensibilité culturelle des chefs et le financement public en lien avec les 3 pratiques culturelles (race matching, language matching, cross-cultural training) [OR (95% IC) = 0.8 (0.2 - 2.5), 0.7 (0.3 - 1.4) et 0.8 (0.4 - 1.6), OR plus petit que 1 donc moins de lien, moins de probabilité, Tobit (SE) = -2.27 (12.16)]. Toutefois, selon auteurs, il a été observé que les unités ayant une plus grande diversité des soignants pouvaient offrir deux fois plus souvent une politique selon laquelle la prise en charge est dispensée par un soignant de même race que le patient, et treize fois plus souvent de même langue que le patient lorsqu'il s'agit de l'espagnol. Nous ne trouvons toutefois pas à quoi correspondent ces valeurs dans les tableaux.</p> <p>Même si les liens sont modestes, il semble néanmoins que la sensibilité des chefs et le lien des directeurs avec les communautés sont des caractéristiques managériales importantes pour offrir une prise en charge culturellement compétente au sein des unités OSAT. Nous ne parvenons pas à faire le lien entre cette phrase des auteurs et les tableaux présentant les résultats.</p>
--	--	--	--	---

Discussion Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir du cadre théorique et conceptuel, ainsi que des recherches antérieures ?			X	La discussion est relativement courte, et peu mise en relation avec le cadre de référence. Des liens sont faits, mais peu explicités.
	-Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?	X			Oui, il aborde cette thématique et mentionne que la généralisation doit être limitée, car le contexte à OSAT est particulier. L'étude respecte une certaine rigueur dans sa méthodologie et les instruments statistiques (Rasch et Cronbach) sont ici utilisés de manière adéquate. La validité interne de l'étude semble en ordre. Les auteurs ont utilisé des tests statistiques et pris des mesures pour éviter les biais (comme décrit dans le chapitre 2.2). La validité externe est toutefois questionnable puisque les auteurs mentionnent que les résultats sont peu généralisables, étant donné le contexte particulier de l'étude (unités OSAT d'addictologie)
	-les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			Oui, ils rendent compte des limites de l'étude, notamment : La relation entre la sensibilité culturelle des chefs et l'adoption de pratiques culturellement compétentes paraît intuitive mais cette relation n'est pas définitive. Bien que les directeurs et les chefs aient quelques possibilités d'améliorer l'adoption de nouvelles pratiques dans la plupart de leurs unités, ils n'ont pas un contrôle total sur les pratiques des programmes. Leurs capacités restreintes d'incorporer ou de maintenir ces pratiques devraient être considérées ici.
Perspectives futures	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?	X			Oui, les thématiques à aborder pour la suite sont très clairement mentionnées.
Questions générales Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			L'article est construit de manière très logique, les réflexions menées par l'auteur sont clairement expliquées et référencées. Il ne manque que la description du devis de recherche.
Evaluation globale	-L'étude procure-t-elle des	X			Oui. La généralisation étant selon l'auteur plutôt limitée, les résultats

	résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?				peuvent être utilisés dans la pratique infirmière en milieu psychiatrique, lié principalement aux dépendances.
--	---	--	--	--	--

Références bibliographique : Loisel, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec : ERPI.

Références de l'article analysé : Weech-Maldonado, R., Elliott, M. N., Pradhan, R., Schiller, C., Dreachslin, J., & Hays, R. D. (2012). Moving towards culturally competent health systems : Organizational and market factors. <i>Social Science & Medicine</i> , 75(5), 815-822. doi : http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.03.053					
Aspects du rapport	Questions	oui	Non	Peu clair	Commentaires
Titre	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	X			Le titre est très explicite. Moving towards culturally competent health systems : Organizational and market factors
Résumé	-Contient-il les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?	X			Le résumé est parfait et correspond aux critères IMRAD : il contient une brève introduction, la méthode, les résultats et les recommandations pour de futures études/la pratique.
Introduction Enoncé du problème	-Le problème de recherche est-il énoncé clairement ?			X	Le problème de recherche est mentionné dans le résumé. L'introduction et le cadre conceptuel permettent de comprendre quelles sont les thématiques abordées. Mais le problème de recherche et l'objectif de l'étude ne sont pas mentionnés explicitement.
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur les variables étudiées ?	X			Le cadre conceptuel résume très bien l'état actuel des connaissances en lien avec le sujet de l'article. Il existe des disparités dans la santé entre les minorités ethniques/raciales et la majorité des blancs. La compétence culturelle est définie comme la capacité continue des systèmes de soins de santé, des organisations et des professionnels de fournir aux différentes populations de patients des soins de haute qualité qui sont sécurisés, centrés sur la famille et le patient, EBN et équitables. La mise en œuvre réussie de compétences culturelles requiert un engagement organisationnel à travers une approche systémique. Certains hôpitaux ne réalisent pas le potentiel de bénéfices positifs des compétences culturelles, alors que d'autres pourraient être dissuadés de mettre en œuvre ces dernières pour des raisons financières. L'étude a, par conséquent, d'importantes implications pour les politiques publiques.

Cadre théorique ou conceptuel	-Les principales théories et concepts sont-ils définis ?	X			<p>Oui. Les théories et modèles en lien avec la problématique sont bien expliqués.</p> <p>L'outil à la base des mesures de l'étude est le CCATH (Cultural competency assessment tool of hospitals), qui est divisé en trois catégories : soins culturellement compétents, accès à des services de langues, soutiens organisationnels à la mise en place des compétences culturelles. Les auteurs proposent néanmoins de se baser sur 6 domaines pour les compétences culturelles des hôpitaux : leadership, intégration dans les systèmes de management et organisation, diversité de la main d'œuvre et cours, engagement dans la communauté, communication patient-soignant, soins dispensés et mécanismes de soutien.</p> <p>Deux perspectives théoriques complémentaires permettent d'aborder les facteurs organisationnels et environnementaux nécessaires à l'adoption d'un comportement culturellement compétent : la RDT (Ressource Dependence Theory) et la théorie institutionnelle.</p> <p>La RDT considère l'environnement dans le sens des autres organisations avec lesquelles l'institution centrale collabore. L'environnement n'est ainsi pas limité aux forces du marché (compétition, ressources), mais comprend également les réglementations gouvernementales et les normes sociales et culturelles. Les institutions changent donc leur structure organisationnelle pour faciliter et stabiliser leurs collaborations/leurs relations d'affaire. Dans ce sens, les institutions peuvent être comprises comme des coalitions qui s'assurent de la disponibilité des ressources extérieures dont elles ont besoin. Selon la RDT, le pouvoir est le moyen médiateur qui conditionne les relations entre les organisations et leur environnement. Pour résumer, la RDT se concentre sur le rôle du pouvoir pour comprendre les réponses organisationnelles aux forces environnementales et a supposé accroître l'importance de la privatisation du système de santé des USA et l'influence des facteurs de marché.</p> <p>La théorie institutionnelle à quant à elle cherché à comprendre pourquoi les organisations sont homogènes et ne présentent que très peu de différences lorsqu'elles se trouvent dans un contexte</p>
-------------------------------	--	---	--	--	--

				<p>organisationnel semblable. La théorie institutionnelle se concentre sur les réponses organisationnelles aux forces institutionnelles qui incluent traditionnellement les acteurs d'état, les corps professionnels et les comités des communautés locales.</p> <p>Mais depuis peu, un point de vue « hybride » voit le jour, qui prend en compte ces deux théories à la fois et qui reconnaît que l'importance à la fois du marché et des forces institutionnelles jouent un rôle dans le comportement organisationnel et que ces aspects sont complémentaires pour expliquer les réponses organisationnelles aux pressions environnementales.</p>
Hypothèses	-Les hypothèses sont-elles clairement formulées ?	X		<p>Oui, les hypothèses sont nombreuses mais très clairement explicitées.</p> <p>H1 : Les hôpitaux sans but lucratif vont avoir un plus haut degré de compétence culturelle comparé aux hôpitaux à but lucratif.</p> <p>H2 : Les hôpitaux publics ont un plus haut degré de compétence culturelle comparés aux hôpitaux à but lucratif.</p> <p>H3 : Les hôpitaux avec une plus grande proportion de patients avec une assurance Medicaid ont un plus haut degré de compétence culturelle.</p> <p>H4 : Les hôpitaux formateurs ont un plus haut degré de compétence culturelle comparés aux hôpitaux qui ne forment pas.</p> <p>H5 : Les grands hôpitaux ont un plus haut degré de compétence culturelle.</p> <p>H6 : Les hôpitaux membres d'un système ont un plus haut degré de compétence culturelle comparés aux hôpitaux indépendants.</p> <p>H7 : Les hôpitaux avec une plus basse proportion de patients « managed care » ont un plus haut degré de compétence culturelle.</p> <p>H8 : Les hôpitaux avec un plus haut résultat financier/une meilleure performance financière ont un plus haut degré de compétence culturelle.</p> <p>H9 : Les hôpitaux avec une plus grande proportion de patients issus des minorités ethniques/raciales ont un plus haut degré de compétence culturelle.</p> <p>H10 : Les hôpitaux situés dans des marchés/contextes ayant une plus grande proportion de minorités ethniques/raciales ont un degré plus haut de compétence culturelle.</p>

					H11 : Les hôpitaux situés dans des marchés plus compétitifs ont un degré plus haut de compétence culturelle.
	-Décourent-elles de l'état des connaissances (théories et recherches antérieures?)	X			Tout à fait. Pour chaque hypothèse, un résumé théorique des connaissances actuelles est présenté.
Méthodes					
Devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ?		X		Le devis n'est pas décrit clairement. Toutefois, la formulation des hypothèses et la description de la méthode permet de supposer qu'il s'agit d'un devis quantitatif descriptif (non-expérimental) corrélationnel.
Population et contexte	-La description de l'échantillon est-elle suffisamment détaillée ?	X			Echantillon : 125 hôpitaux qui ont répondu (hôpitaux généraux ou pour enfants), en Californie en 2006, sur les 344 hôpitaux contactés. Après l'abandon de 6 hôpitaux spécialisés, l'échantillon final était de 119 hôpitaux de soins généraux aigus. Les hôpitaux qui ont répondu faisaient moins souvent partie d'un système que ceux qui n'ont pas répondu. Les hôpitaux répondant n'étaient sinon pas significativement différents ($p < 0.05$) des hôpitaux n'ayant pas répondu concernant de nombreux autres critères (taille, hôpital-formateur ou non, à but lucratif ou non, etc.)
	-La taille de l'échantillon est-elle adéquate par rapport au contexte de la recherche ?	X			Oui, 119 hôpitaux sur les 344 que compte la Californie.
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	X			5 sources de données ont été utilisées : CCATH, Hospital Inpatient Discharges (HID), Office of Statewide Health Planning and Development (OSHPD), Annual Hospital Financial Data (AHFD), American Hospital Association (AHA) et Area Resource File (ARF). Pour la récolte des données concernant le CCATH, les auteurs ont commencé par envoyer un premier mail, puis une carte-postale de rappel, puis un 2 ^{ème} mail, puis ils ont fait des téléphones de rappel, un dernier mail de rappel et ont ensuite envoyé une version électronique de l'enquête aux directeurs des hôpitaux (CEO). Les autres sources de données étaient disponibles sans avoir besoin de contacter les hôpitaux (Les données OSHPD et HID utilisées pour calculer la proportion de minorités ethniques/raciales. Les données OSHPD et AHFD utilisées pour calculer les résultats financiers des hôpitaux. Les données de l'étude annuel AHA utilisées pour identifier les caractéristiques organisationnelles. Les données ARF utilisées

				pour identifier les caractéristiques du marché hospitalier).
	-Les variables à mesurer sont-elles décrites et opérationnalisées ?	X		<p>La variable dépendante était le degré de compétence culturelle, soit une moyenne du score obtenu sur l'échelle CCATH. Ces valeurs reflètent les 6 domaines des compétences culturelles organisationnelles mentionnés plus haut. 12 sous-domaines de la CCATH ont été évalués. Tous les 12 domaines du CCATH évalués présentaient des valeurs alpha plus élevées que 0.6. Une valeur moyenne des 12 domaines a été calculée et utilisée en tant que valeur dépendante. Le test de Cronbach a été utilisé pour chacun des 12 domaines évalués (Alpha dans le tableau 1). La moyenne a également été calculée.</p> <p>Les variables indépendantes sont les variables organisationnelles et de marché présentées dans les hypothèses et qui doivent être associées avec le degré de compétence culturelle.</p> <p>Les variables organisationnelles incluent le statut de propriété (gouvernemental, sans but lucratif, à but lucratif), si l'hôpital est formateur, le mélange des payeurs (patients Medicaid, patients managed care), la taille (nombre de lits), si l'hôpital est membre d'un système, la performance financière, la proportion de patients issus de minorités ethniques/raciales.</p> <p>Les variables du marché incluent la compétition entre les hôpitaux, la proportion de minorités ethniques dans le « comté »/région de l'hôpital.</p> <p>Les variables de contrôle incluaient un indicateur ou si l'hôpital était situé dans une région métropolitaine et le revenu par habitant de la région de l'hôpital.</p> <p>Les données manquantes pour les variables indépendantes et de contrôle représentaient moins que 5% dans tous les cas.</p> <p>Une régression à variables multiples et bivariable a été utilisée pour mesurer le lien entre le degré de compétence culturelle des hôpitaux et les facteurs de marché et organisationnels mentionnés dans les hypothèses.</p> <p>Environ 9% des hôpitaux de l'échantillon faisaient partie de la fondation Kaiser. Ils ont donc fait une analyse pour examiner l'effet des hôpitaux Kaiser dans leur échantillon. Bien que les hôpitaux Kaiser ont significativement un plus haut score CCATH que</p>

					les hôpitaux non-Kaiser, les résultats multivariés étaient essentiellement les mêmes après avoir exclu les hôpitaux Kaiser. C'est pourquoi, ils ont décidé de rapporter les résultats pour tous les hôpitaux de l'échantillon.
Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ? -A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?	X			La procédure de recherche est décrite très en détails (cf les deux questions précédentes). L'étude a reçu l'approbation « Human Subjects Approval » de l'université de Floride « University of Florida's Internal Review Board ».
Résultats Traitement des données	Des analyses statistiques ont-elles été entreprises pour répondre à chacune des hypothèses ?	X			Oui. Les résultats des analyses statistiques sont présentés dans les tableaux 2 et 3. Les auteurs ont utilisé des régressions, ainsi que plusieurs instruments statistiques (Chi square, Comparative Fit Index, Tucker-Lewis Index, Root MeanSquare Error Approximation, Cronbach, moyenne, valeur p). Les résultats concernant chaque hypothèse sont explicités clairement. Hyp.1 → validée, avec valeur $p < 0.001$ Hyp.9 → validée, $p < 0.001$ Hyp. 3, 4, 5, 6, 7 → associées à la compétence culturelle dans des analyses à deux variables, mais statistiquement pas significatives Hyp. 2 et 8 → pas associées de manière significative à la compétence culturelle selon les auteurs (malgré un $p < .05$) Hyp. 11 → validée selon les auteurs avec $p < 0.05$ Hyp. 10 → pas validée Toutes les hypothèses ont été testées et sont expliquées dans les résultats.
Aspects du rapport	Questions	oui	Non	Peu clair	Commentaires
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			Les statistiques descriptives de toutes les variables indépendantes sont présentées dans le tableau 2 et dans le tableau 3. Il y a les résultats des régressions. Sinon, ils présentent et décrivent les résultats dans plusieurs paragraphes. Les hôpitaux à but non-lucratif ont un score de 14 points (échelle 0-

				<p>100) plus haut que les hôpitaux à but lucratif ($p < .01$), alors que les hôpitaux formateurs ont eu des scores CCATH non-ajustés en moyenne de 21 points plus haut que les hôpitaux non formateurs ($p < .001$). Chaque 40 lit en plus était associé avec 2 points plus haut du score CCATH ($p < .001$). Etre membre d'un système hospitalier était associé avec approximativement 7 points plus haut du score CCATH ($p < .10$). Une augmentation de 10% de patients hospitalisés au régime de soins managés (managed care) a abouti à 2 points de plus du score CCATH ($p < .01$) alors qu'une augmentation de 10% dans la population de patients hospitalisés bénéficiaires de Medicaid était associée avec approximativement 2 points de moins au score CCATH ($p < .05$). Une augmentation de 10% des patients de minorités raciales/ethniques hospitalisés a abouti à 2 points de plus du score CCATH ($p < .001$). Les autres caractéristiques organisationnelles, comme les hôpitaux gouvernementaux et la marge totale, n'étaient pas significativement ($p < .10$) associées avec les compétences culturelles des hôpitaux dans les analyses bi-variées.</p> <p>Toutes les variables de marché étaient significativement associées avec les compétences culturelles des hôpitaux dans les analyses bi-variées. Les hôpitaux dans un marché plus compétitif (inférieurs à l'index Herfindahl) ont approximativement 19 points de plus dans les scores CCATH ($p < .001$). Les hôpitaux dans les régions métropolitaines ont 10 points de plus au score CCATH ($p < .05$). Une augmentation de 10% des minorités au sein de la population de la région était associée avec approximativement 2 points de plus au score CCATH ($p < .05$). Finalement, une augmentation de 10'000 dollars du revenu par habitant dans les départements des hôpitaux était associée avec 6 points plus haut dans le score CCATH ($p < .001$).</p> <p>Les résultats de régression multivariée indiquent que les hôpitaux à but non-lucratif ont des scores CCATH ajustés qui sont en moyenne 16 points plus haut que les hôpitaux à but lucratif ($p < 0.001$), ce qui soutient l'hypothèse 1. Pour toutes les augmentations de 10% dans la population des patients hospitalisés de diverses ethnies et races, les hôpitaux ont une augmentation de 3 points de leur score CCATH ($p <$</p>
--	--	--	--	---

					<p>0.001), ce qui soutient l'hypothèse 9. Alors que la proportion de patients hospitalisés Medicaid (hypothèse 3), être un hôpital formateur (hypothèse 4), la taille (hypothèse 5), l'appartenance à un système (hypothèse 6) et la proportion de soins managés des patients hospitalisés (hypothèse 7) étaient associés avec les compétences culturelles dans les analyses bi-variées, ces relations n'étaient pas statistiquement significatives une fois que les auteurs ont contrôlé pour les autres facteurs organisationnels et de marché. Semblables aux résultats bi-variés, les autres caractéristiques organisationnelles, comme être un hôpital gouvernemental (hypothèse 2), et les performances financières (hypothèse 8) n'étaient, selon les auteurs, pas significativement associées (malgré un $p < .05$) avec les compétences culturelles dans les analyses multivariées.</p> <p>En termes de caractéristiques de marché, les hôpitaux qui sont dans un marché plus compétitif, indiqué par un index Herfindahl réduit, ont 11 points de plus dans le score CCATH ($p < 0.05$). Ceci fournit un soutien pour l'hypothèse 11. D'autre part, il n'y avait pas de soutien pour l'hypothèse 10. Alors que la diversité des comtés étaient associée avec les compétences culturelles dans les analyses bi-variées, cette relation n'a pas été retenue dans les analyses multivariées. Avec le respect des variables de contrôle, les hôpitaux dans les comtés avec un plus haut revenu par habitant ont de meilleures compétences culturelles ($p < .01$) mais ceux situés en région métropolitaine, n'ont pas différé de ceux qui ne sont pas situés dans une région métropolitaine.</p>
Discussion Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir du cadre théorique et conceptuel, ainsi que des recherches antérieures ?	X			<p>Oui, dans la discussion, de nombreux liens sont établis avec des études déjà réalisées ou la littérature sur cette thématique. Cette étude a émis l'hypothèse que des facteurs organisationnels divers et des éléments de marché seraient associés avec le degré de compétence culturelle des hôpitaux. Les résultats suggèrent que les éléments institutionnels tels que le type de propriété sont d'importants indicateurs d'activités de compétence culturelle.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Leurs découvertes suggèrent que les hôpitaux à but non lucratif montrent de meilleures compétences culturelles organisationnelles que les hôpitaux faisant du profit.

					<ul style="list-style-type: none"> - Les découvertes de leur étude indiquent que les hôpitaux avec plus de populations différentes de patients hospitalisés ont de meilleures compétences culturelles. - Les hôpitaux dans des marchés plus compétitifs comme montré par l'index « Herfindahl » ont de meilleurs scores CCATH.
	-Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?	X			<p>Oui. Ils mentionnent que, étant donné le fait que l'étude soit limitée à la Californie, la généralisation peut être limitée. La Californie est néanmoins un Etat intéressant pour mesurer la compétence culturelle, étant donné la grande diversité de sa population.</p> <p>Les auteurs démontrent beaucoup de rigueur dans leur méthodologie de recherche et ont utilisé de nombreux instruments statistiques (cités plus haut).</p> <p>La validité interne de l'étude semble en ordre. Les auteurs ont utilisé différents tests statistiques. Ils mentionnent également les potentiels biais induits par leur méthode (biais car taux de réponse relativement bas, et les hôpitaux ayant une meilleure compétence culturelle peuvent potentiellement être plus enclins à répondre que les autres). Ils ont toutefois pris des mesures pour compenser ces biais, en vérifiant notamment s'il y avait des différences significatives entre les hôpitaux ayant répondu et ceux ne l'ayant pas fait.</p> <p>La validité externe est toutefois questionnable puisque les auteurs mentionnent que les résultats sont peu généralisables, étant donné qu'ils proviennent exclusivement d'hôpitaux californiens. La Californie étant toutefois culturellement très diversifiée, il s'agit d'un contexte d'étude intéressant.</p>
	-les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			<ol style="list-style-type: none"> 1. Limité à la Californie (USA) ce qui limite la généralisation 2. Relativement bas taux de réponses ce qui peut provoquer des réponses biaisées (mais par contre il n'a pas été observé une différence entre les hôpitaux qui ont répondu et ceux qui n'ont pas répondu) 3. Un biais possible est que les hôpitaux avec une meilleure compétence culturelle étaient plus enclins à répondre à l'enquête.

Perspectives futures	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?	X			Oui. Les chercheurs proposent des pistes pour les études à venir. Ils ne mentionnent pas les conséquences de l'étude pour la pratique des soins en tant que tel, mais mentionnent qu'il est important que les gouvernements/politiques simplifient à creuser ces questions-là. Malgré ces limites, cette étude fournit d'importants aperçus dans les facteurs organisationnels et de marché associés avec les activités des hôpitaux culturellement compétents. De futures recherches sont requises pour comprendre l'effet de l'adoption de pratiques de compétence culturelle sur les échanges de marché, les revenus et finalement sur les résultats financiers. Les résultats suggèrent un rôle plus fort des gouvernements et pourraient détenir des leçons pour les autres pays dans le monde qui essaieraient de promouvoir des systèmes de santé culturellement compétents.
Questions générales Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			Oui. Les hypothèses sont claires et bien définies, les résultats reprennent les hypothèses.
Evaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?			X	Les résultats ne sont en soi pas particulièrement utiles pour la pratique infirmière en tant que telle. Ils donnent néanmoins un aperçu des facteurs influençant la compétence culturelle organisationnelle, ce qui a ensuite un lien direct avec les soins infirmiers.

Références bibliographique : Loiselle, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec : ERPI.

Références de l'article analysé :					
Guerrero, E. G. (2012). Organizational characteristics that foster early adoption of cultural and linguistic competence in outpatient substance abuse treatment in the United States. <i>Evaluation and Program Planning</i> , 35(1), 9-15. doi : DOI 10.1016/j.evalprogplan.2011.06.001					
Aspects du rapport	Questions	oui	Non	Peu clair	Commentaires
Titre	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	X			Organizational characteristics that foster early adoption of cultural and linguistic competence in outpatient substance abuse treatment in the United States. Oui, il permet de saisir le problème de recherche.
Résumé	-Contient-il les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?	X			Le résumé ne décrit pas la méthode mais contient le but de l'étude, les résultats et implications pour de futures recherches. Cela ne correspond donc pas entièrement aux critères IMRAD (il manque l'introduction et la méthode).
Introduction Enoncé du problème	-Le problème de recherche est-il énoncé clairement ?	X			Très clairement. Cette étude se focalise sur les facteurs organisationnels associés avec l'adoption de pratiques adaptées culturellement et linguistiquement dans les programmes OSAT. Elle examine la relation directe entre la présence initiale de règlements et l'étendue à laquelle les programmes répondent à la pression en adoptant, à des degrés variés, des pratiques culturellement et linguistiquement compétentes. L'étude va déterminer si le niveau de professionnalisation d'une organisation est lié au degré d'adoption de politique d'innovation, et à quel degré la sensibilité culturelle des managers joue un rôle dans l'adoption de pratiques adaptées culturellement et linguistiquement. Cette étude identifie les mesures de référence qui pourraient servir de base pour les futures recherches sur les compétences culturelles et les éléments pertinents pour une politique de management efficace des soins de santé.
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur les variables étudiées ?	X			Oui. L'introduction résume les connaissances actuelles sur les compétences transculturelles et les compétences culturelles organisationnelles.
Cadre théorique ou conceptuel	-Les principales théories et concepts sont-ils définis ?	X			Oui tout à fait. La théorie néo-institutionnelle est expliquée, et ses conséquences sur la pratique. Les organisations Outpatient Substance Abuse Treatment (OSAT) sont institutionnalisées parce qu'elles ont tendance à adopter des

					<p>pratiques socialement acceptées afin d'augmenter la légitimité et les ressources externes provenant des agences gouvernementales et des licences réglementaires et des structures d'accréditation. Les managers pourraient stratégiquement choisir le degré d'adoption des directives institutionnelles qui offrent le plus de ressources.</p> <p>Les recherches montrent qu'un règlement qui inclue des guidelines spécifiques et des contrôles de conformité pourrait avoir le plus de réceptivité dans les programmes OSAT. Ceci a conduit à la formulation de l'hypothèse 1.</p> <p>Certaines études ont démontré qu'il existe un lien entre le niveau de formation et l'adoption de pratiques innovantes. L'équipe professionnelle, représentée ici par les soignants avec une plus haute éducation universitaire, pourrait être plus encline à favoriser une culture organisationnelle intégrant des compétences culturelles et linguistiques. → hypothèse 2</p> <p>La littérature organisationnelle suggère que les institutions régulatrices influencent les priorités d'adoption des décideurs à travers la promotion de pratiques approuvées par les institutions. Les pressions externes venant des partenaires (stakeholders) facilitent une rapide adoption de pratiques EBN. → hypothèse 3</p>
Hypothèses	-Les hypothèses sont-elles clairement formulées ?	X			<p>H1 : les programmes d'OSAT avec une présence plus marquée de réglementations et de fonds publics vont présenter un plus haut degré d'adoption de pratiques culturelles et linguistiques compétentes.</p> <p>H2 : les programmes d'OSAT avec un plus haut professionnalisme vont présenter un plus haut degré d'adoption de pratiques culturelles et linguistiques compétentes</p> <p>H3 : le professionnalisme et la sensibilité culturelle des managers vont contribuer, au-delà du principal effet des fonds/financements et des règlements, au degré d'adoption de pratiques culturelles et linguistiques compétentes dans les programmes d'OSAT</p>
	-Découlent-elles de l'état des connaissances (théories et recherches antérieures ?	X			Oui. Un paragraphe présentant le cheminement jusqu'à chaque hypothèse est présent. Ces paragraphes font état des connaissances et des recherches qui ont eu lieu jusqu'ici et permettent d'élaborer les hypothèses présentées.
Méthodes	-Le devis de recherche est-il		X		Non, le devis n'est pas décrit. La formulation des hypothèses et la

Devis de recherche	décrit ?				description de la méthode permettent néanmoins de supposer qu'il s'agit d'un devis quantitatif descriptif (non-expérimental) corrélationnel prédictif.
Population et contexte	-La description de l'échantillon est-elle suffisamment détaillée ?	X			<p>Cette étude se fie au fichier de données du National Drug Abuse Treatment Services Survey (NDATSS) qui est un échantillon représentatif des unités OSAT.</p> <p>La structure de l'échantillonnage du NDATSS était un mélange de différentes listes nationales des traitements d'abus de substances aux Etats-Unis. Cette liste a fourni le cadre pour conceptualiser des échantillons aléatoires catégorisés selon les modalités de traitement (méthadone ou pas), la propriété (public, privé, avec ou sans profit) et l'appartenance organisationnelle (hôpital, centre de santé mentale, programme autonome).</p> <p>Plus de 80% des directeurs et des chefs de cliniques ont ensuite répondu à l'enquête par téléphone. Les directeurs ont fourni des informations sur la structure organisationnelle tandis que les chefs de cliniques ont fourni des informations sur leurs systèmes de croyances ainsi que des informations sur l'équipe, les clients et les pratiques.</p> <p>Cette étude n'a utilisé qu'une vague (numéro 4) des 6 vagues remplies pour le projet NDATSS. La 4^{ème} vague, collectée en 1995, contenait 618 programmes et c'est la seule vague avec des données complètes sur les pratiques des compétences culturelles. Bien que cette vague importante ait été complétée 15 ans plus tôt, NDATSS reste le seul échantillonnage national représentatif de la mise en œuvre de pratiques culturelles compétentes et les seules données valables pour explorer l'adoption rapide de ces nouvelles pratiques.</p>
	-La taille de l'échantillon est-elle adéquate par rapport au contexte de la recherche ?	X			Oui, puisqu'elle inclut la quasi-totalité des services OSAT répertoriés.
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	X			<p>Les auteurs se sont basés, comme décrit précédemment, sur les données NDATSS et sur le concept de compétence culturelle de Brach et Fraser. Ils les ont séparées en 14 catégories qui permettent de se faire une idée de la pratique culturelle d'un établissement :</p> <p>Pourcentage de l'équipe ayant accompli une formation en compétence culturelle, combien d'heures de cours dispensées, si l'équipe</p>

				<p>soignante comprend des personnes parlant espagnol, si l'unité propose des conseils aux patients en adoptant une politique selon laquelle des soignants de même race ou langue assurent la prise en charge. Ces questions-là ont été posées aux chefs.</p> <p>10 autres points étaient évalués : proportion de personnel afro-américain en lien avec les patients afro-américains, proportion de personnel issu d'une minorité (toujours en lien avec cette proportion au sein des clients), pourcentage de personnel qui se décrit comme étant latino, pourcentage de personnel qui se dit afro-américain, si le chef d'unité est afro-américain, s'il est latino, si le service fournit de la sensibilisation spécifique pour les communautés/a un bon accès aux communautés (outreach), si l'unité implique les églises dans le suivi, si l'unité est en lien avec des programmes basés au sein des communautés, si l'unité cherche l'avis des leaders des communautés. La méthode Rasch a été utilisée pour la mesure, afin de faire face aux caractéristiques multidimensionnelles de la base de données.</p>
	-Les variables à mesurer sont-elles décrites et opérationnalisées ?	X		<p>- Variable dépendante : degré d'adoption de pratiques culturelles et linguistiques compétentes.</p> <p>- Variables indépendantes : les ressources et les réglementations</p> <p>Ressources : recette publique, recette spécialement destinée au service des minorités</p> <p>Réglementations : licence d'état, licence de ville, accréditation (essentiellement par la Joint Commission),</p> <p>Autre : membres de l'équipe ayant des diplômes d'études supérieures, sensibilité culturelle des managers.</p> <p>- Variables de contrôle : diversité ethnique/raciale des clients, structure organisationnelle, ressources d'équipe (dotation), propriété, affiliation</p> <p>→ tableaux 1 et 2</p> <p>Les variables ont ensuite été opérationnalisées avec une analyse de régression multivariée. Les auteurs ont utilisé STATA/SE Version 10.</p>
Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ? -A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver	X	X	<p>La procédure de recherche est décrite en détails (cf autres réponses). Aucune mesure ne semble néanmoins avoir été prise pour préserver les droits des participants. Toutefois, étant donné que les chefs ont répondu de leur plein gré, et que le reste des données se trouvaient</p>

	les droits des participants (éthique) ?				dans des bases de données déjà existantes, il n'est pas certain que des mesures spécifiques auraient dû être entreprises. Des mesures éthiques particulières ont peut-être été entreprises par la NDATSS, mais cela n'est pas mentionné dans cette recherche.
Résultats Traitement des données	Des analyses statistiques ont-elles été entreprises pour répondre à chacune des hypothèses ?	X			Oui. Le plus grand taux des données manquantes pour toutes les variables dans l'échantillon était d'approximativement 8%. 5 fichiers de données implantés ont été développés, regroupés et analysés en utilisant STATA/SE (version 10) ICE et commandes MIM. STATA/SE Version 10 a aussi été utilisé pour mener une analyse de régression multivariée comptant sur une approche hiérarchique et cumulative. Le 1 ^{er} modèle régressif a identifié le <i>R</i> au carré (<i>R</i> -squared) estimé des fonds et règlement et de degré d'adoption. Le 2 ^{ème} modèle a inclus l'indicateur de professionnalisme, alors que le 3 ^{ème} modèle cumulatif hiérarchique a inclus l'indicateur de sensibilité culturelle des managers. Le <i>R</i> -squared estimé pour chaque modèle cumulatif a été calculé pour examiner la contribution de chaque concept (règlement, professionnalisme et sensibilité culturelle) au degré d'adoption, et pour évaluer les éléments en lien avec l'hypothèse 3.
Aspects du rapport	Questions	oui	Non	Peu clair	Commentaires
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			Les résultats reprennent les 3 hypothèses. Les découvertes offrent un support partiel pour l'hypothèse 1. Les programmes OSAT avec une plus grande présence de règlements et de financement public rapportent un plus haut degré d'adoption de pratiques compétentes culturellement et linguistiquement. Les résultats pour le 1 ^{er} modèle présenté dans le tableau 2 montrent des relations positives, statistiquement significatives, entre le degré d'adoption de compétences culturelles et linguistiques et le pourcentage de revenu public [<i>B</i> (SE) = 3.49 (1.24), $p < .01$ ce qui est très significatif], les fonds ciblés pour les minorités [<i>B</i> (SE) = 5.00 (1.43), $p < .001$ ce qui est très significatif] et la possession d'une licence de ville [<i>B</i> (SE) = 4.86 (1.02), $p < .001$, ce qui est très

				<p>significatif].</p> <p>L'hypothèse 2, qui suppose que les programmes OSAT avec un plus grand professionnalisme vont présenter un plus haut degré d'adoption de pratiques culturellement et linguistiquement compétentes, n'est pas soutenue/appuyée. La relation entre le pourcentage de professionnels avec une formation supérieure et le degré d'adoption des pratiques était même inversement lié [B (SE) = -0.05 (0.01), $p < .001$ ce qui est très significatif].</p> <p>Les découvertes démontrent un support partiel pour l'hypothèse 3. Cette hypothèse suggère que le professionnalisme et la sensibilité culturelle des managers vont contribuer au-delà du principal effet des fonds et des règlements, au degré d'adoption de pratiques culturellement et linguistiquement compétentes dans les programmes d'OSAT.</p> <p>L'approche hiérarchique présentée dans le tableau 2 montre 3 modèles :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Inclut les variables de contrôle et les 5 indicateurs des fonds publics et règlements (R-squared .287). 2. L'ajout de professionnalisme était associé avec l'augmentation dans le R-squared de .016. 3. Inclut la sensibilité culturelle des managers, qui a augmenté le R-squared de .011. <p>Bien que ce ne soit que de manière limitée, il semble que le professionnalisme et la sensibilité culturelle des chefs expliquent la variabilité au-delà de l'effet principal du financement et des règlements (.027). Le professionnalisme semble plutôt empêcher l'adoption de pratiques culturelles adaptées.</p> <p>Les programmes avec la plus grande diversité de clients ont atteint le plus grand degré d'adoption, ce qui est cohérent avec la littérature. Les programmes servant une grande proportion d'Afro-Américains [B (SE) = 4.87 (0.98), 4.79 (0.97) et 4.65 (0.97), $p < .001$] et/ou de Latinos [B (SE) = 7.48 (1.27), 7.10 (1.25) et 7.40 (1.26), $p < .001$] et offrant une variété de services [B (SE) = 0.23 (0.06), 0.24 (0.06) et 0.20 (0.06), $p < .001$ pour les deux premiers modèles et $p < .01$ pour le 3^{ème} modèle] rapportent le plus de relations statistiquement</p>
--	--	--	--	--

					significatives avec un degré d'adoption des compétences culturelles. Comme attendu, une adoption rapide d'un haut degré de pratiques culturelles est partiellement expliquée par la diversité des clients et les ressources du programme.
Discussion Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir du cadre théorique et conceptuel, ainsi que des recherches antérieures ?	X			Oui, les auteurs font le lien avec d'autres études. Les découvertes suggèrent que le développement rapide de système adapté culturellement et linguistiquement aux USA requière des ressources publiques et des règlements locaux pour augmenter la capacité des programmes. Cette étude met l'accent sur l'importance de fonds publics et ciblés ainsi que des licences locales, comme facteur permettant l'approvisionnement de services responsables dans les programmes OSAT. Par contre, les programmes avec le plus de professionnels diplômés rapportent le plus bas degré d'adoption. Il apparaît donc que la relation entre la sensibilité culturelle des managers et le degré d'adoption de pratiques culturellement et linguistiquement compétentes est forte.
	-Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?		X		Non. Les chercheurs ne mentionnent pas la question de la généralisation. Les auteurs démontrent pourtant passablement de rigueur dans leur méthodologie de recherche et ont utilisé de plusieurs instruments statistiques (cités plus haut, régression, R-squared, méthode Rasch, etc.). La validité interne de l'étude semble en ordre. Les auteurs ont utilisé différents tests statistiques. Ils mentionnent également les potentiels biais induits par leur méthode (biais dus par exemple aux réponses des managers). Ils ont toutefois pris des mesures pour compenser ces biais, notamment en utilisant la méthode Rasch, mais également en utilisant différentes sources de données (dires des directeurs, des chefs et données de la NDATSS) Les auteurs ne mentionnent pas les questions de généralisation et de validité externe. Toutefois, étant donné que l'étude a été réalisée dans le contexte des unités OSAT, qui est spécifique, la généralisation semble quelque peu limitée.
	-les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			Principalement associées avec la méthodologie et la nature des données analysées → restreignent l'interprétation des découvertes

					Biais : <ul style="list-style-type: none"> - Le désir des managers de correspondre aux attentes sociales peut compromettre la validité des réponses → pour réduire l'effet des réponses inexactes, l'étude des administrateurs corrobore les réponses entre les chefs et les directeurs. - Divergences des méthodes communes, qui sont présentes quand la collecte des données dépend de méthodes d'échelle similaires pour collecter les données → pour réduire ce biais, différentes sources de données ont été utilisées (dires des directeurs et des chefs par exemple).
Perspectives futures	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?	X			Tout à fait. Les auteurs mentionnent différentes suites à donner à leur recherche. Ces découvertes ont d'importantes implications pour les futures recherches sur les compétences culturelles. Les futures recherches sur les compétences culturelles devraient bénéficier de mesures complètes similaires pour examiner la capacité des systèmes à développer un système de soins culturellement et linguistiquement compétent. C'est crucial de développer des mesures affinées des représentations des équipes sur la diversité ethnique/raciale, des cours de compétence transculturelle, et des compétences de langue pour développer des évidences concernant l'impact des compétences culturelles sur les résultats du traitement.
Questions générales Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			L'article est bien rédigé, structuré.
Evaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?	X			Oui. C'est seulement à travers une collaboration efficace entre les donateurs, les législateurs, et les soignants que les systèmes de soins responsable culturellement peuvent être construits pour réduire finalement les disparités de santé actuelles envers les minorités ethniques. Cela a indirectement un impact sur la pratique infirmière, même si les recommandations sont essentiellement faites pour un niveau plus politique.

Références bibliographique : Loiselle, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec : ERPI.

Références de l'article analysé : Guerrero, E. G., & Kim, A. (2013). Organizational structure, leadership and readiness for change and the implementation of organizational cultural competence in addiction health services. <i>Evaluation and Program Planning</i> , 40(0), 74-81. doi : http://dx.doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2013.05.002					
Aspects du rapport	Questions	oui	Non	Peu clair	Commentaires
Titre	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	X			Organizational structure, leadership and readiness for change and the implementation of organizational cultural competence in addiction health services → Oui le titre permet de saisir concrètement quelle est la thématique de la recherche
Résumé	-Contient-il les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?	X			Le résumé fait une brève présentation de la problématique, des résultats et indique que les implications pour des recherches futures seront également mentionnées. La méthodologie de recherche n'est pas indiquée dans le résumé. Il ne correspond donc pas entièrement aux critères IMRAD.
Introduction Enoncé du problème	-Le problème de recherche est-il énoncé clairement ?	X			Oui. Les auteurs mentionnent très clairement les études menées jusqu'ici sur la thématique et ce qu'il reste à chercher. Ils énoncent dans l'introduction leur objectif.
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur les variables étudiées ?	X			La recension des écrits présente les connaissances disponibles jusqu'ici sur la thématique étudiée. Les connaissances actuelles concernant les variables étudiées dans l'étude sont très clairement explicitées dans l'introduction et dans le cadre théorique.
Cadre théorique ou conceptuel	-Les principales théories et concepts sont-ils définis ?	X			2.1 : Structure organisationnelle : des études ont démontré que la source de financement (public), la régulation et les accréditations professionnelles représentent des facteurs structurels influençant la mise en place de soins culturellement compétents dans les services addiction health services (AHS). Le rôle du financement public, de l'assurance Medicaid et de la régulation au travers de licences étatiques semblent être positivement associé avec des politiques de soins favorisant la prise en charge par un soignant de même race ou langue que le patient et avec la formation du personnel sur des problématiques transculturelles. Pour développer un meilleur degré de compétence culturelle organisationnelle, les experts suggèrent que les soignants devraient

				<p>développer une approche exclusive dans laquelle leur contexte, leur équipe, leurs politiques et les connections avec les communautés soient réceptives aux besoins de traitement de leur population de clients.</p> <p>→ Ces éléments ont mené à la formulation de l'hypothèse 1.</p> <p>2.2 : Leadership : Des études ont démontré le rôle du leadership dans la mise en œuvre de pratiques EBN et sur l'amélioration du résultat du traitement. De récentes recherches suggèrent qu'à travers l'utilisation de considération individualisée, de stimulations intellectuelles, de motivation inspirante et d'influence idéalisée, les leaders transformant promeuvent une culture d'inclusion associée avec des performances améliorées des équipes de soignants issus de différentes cultures. Promouvoir l'inclusion peut améliorer le développement de relations avec les minorités environnantes. Les chefs de service qui passent une partie significative de leur temps au sein des communautés sont plus à même de créer des ponts avec les minorités et d'encourager des pratiques afin de répondre à leurs besoins.</p> <p>→ Ces éléments ont mené à la formulation de l'hypothèse 2.</p> <p>2.3 : Désir de/acceptation du changement (readiness for change) : Ce modèle souligne le fait que la motivation de l'équipe et leurs attributs ainsi que les ressources organisationnelles et le climat/ambiance sont des éléments-clés dans le processus d'adoption, de mise en œuvre et de routinisation de nouvelles pratiques.</p> <p>En résumé, le concept de « readiness for change » met en évidence des éléments critiques (formation du personnel, opportunités pour l'équipe, influence des collègues, motivation, etc.) associés avec la capacité organisationnelle de mise en pratique de politiques et pratiques innovantes.</p> <p>→ Ces éléments ont mené à la formulation de l'hypothèse 3.</p>
Hypothèses	-Les hypothèses sont-elles clairement formulées ?	X		<p>Hypothèse 1 : les fonds et le règlement pourraient être positivement associés avec le développement de connaissances, les relations, le réseau (relations aussi), et les ressources des/avec les minorités ethniques et raciales, ainsi qu'avec des politiques, des procédures et des pratiques au niveau du fonctionnement de l'équipe qui soient</p>

				<p>culturellement compétentes.</p> <p>Hypothèse 2 : le leadership des directeurs de programmes pourrait être positivement associé avec le développement de connaissances, les relations, le réseau (relations aussi), et les ressources des/avec les minorités ethniques et raciales, ainsi qu'avec des politiques, des procédures et des pratiques au niveau du fonctionnement de l'équipe qui soient culturellement compétentes.</p> <p>Hypothèse 3 : Le désir de/acceptation du changement des services (les perceptions des chefs par rapport à la motivation de changer de leur équipe et les attributs de cette dernière, ainsi que les ressources et le climat des services) pourraient être positivement associés avec le développement de connaissances, les relations, le réseau (relations aussi), et les ressources des/avec les minorités ethniques et raciales, ainsi qu'avec des politiques, des procédures et des pratiques au niveau du fonctionnement de l'équipe qui soient culturellement compétentes.</p>
	-Décourent-elles de l'état des connaissances (théories et recherches antérieures ?			Oui, très clairement. Pour chaque hypothèse, un paragraphe explicitant l'état des connaissances à ce propos permet de comprendre le cheminement menant à l'hypothèse.
Méthodes	-Le devis de recherche est-il décrit ?		X	Non. La formulation des hypothèses ainsi que la description de la méthode permettent toutefois de déduire qu'il s'agit d'un devis quantitatif descriptif (non-expérimental) corrélationnel.
Population et contexte	-La description de l'échantillon est-elle suffisamment détaillée ?	X		<p>Initialement, l'échantillonnage incluait les 408 services d'addiction du Département de Santé Publique dans le comté de Los Angeles. La procédure d'échantillonnage a ensuite sélectionné, de manière randomisée, 147 programmes (sur la base de 350 services localisés dans les communautés comptant plus de 40% de Latinos ou d'Afro-américains).</p> <p>Plus de 89% des responsables de cliniques ont ensuite répondu à un questionnaire en ligne. Puis des visites ont eu lieu auprès de 91% des services de l'échantillonnage, afin de valider les mesures.</p> <p>4 étapes ont été entreprises pour améliorer la validité des mesures :</p> <p>1) questionnaire en ligne rempli par les chefs 2) une analyse des caractéristiques du programme et des informations sur le service concernant les ressources (funding) 3) interviews qualitatifs avec un</p>

				conseiller par programme 4) une analyse (review) du matériel disponible sur chaque site (brochure, activités de groupe, panneaux, etc.). Au moins 3 de ces 4 étapes doivent être disponibles pour prendre en compte un programme. Du coup, 14 programmes qui avaient des données inconsistantes ont été exclus et 11 programmes qui ont récemment fermé ont également été éliminés de l'échantillonnage. L'échantillon final analysé est constitué de 122 programmes éligibles avec des informations complètes et vérifiées. Les données ont été récoltées entre 2010-2011 et les informations proviennent essentiellement des chefs cliniques (clinical supervisors), dont l'âge moyen était de 46 ans et la composition était de 39% Latino, 25% d'asiatiques, 22% de noirs, 6% de blancs, et 8% mixes ou autres. Des données manquantes ont compromis environ 4% des mesures du questionnaire.
	-La taille de l'échantillon est-elle adéquate par rapport au contexte de la recherche ?	X		Oui. 122 unités étudiées nous semble un chiffre raisonnable dans le domaine spécifique des addictions. Toutefois, les auteurs mentionnent dans les limitations que la taille de l'échantillon est relativement petite.
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	X		Oui, les étapes sont décrites. 4 étapes pour augmenter la validité des mesures : une enquête online à laquelle ont répondu les chefs, une analyse des caractéristiques des programmes sur la base des informations fournies par les services concernant l'organisation des fonds (ressources), des interviews qualitatifs avec un conseiller par programme, une revue du matériel imprimé disponible à chaque site de soignants.
	-Les variables à mesurer sont-elles décrites et opérationnalisées ?	X		Les variables sont décrites très précisément. Elles ont été opérationnalisées, comme présenté dans le tableau 1. <u>Variable dépendante</u> : Compétence culturelle organisationnelle. Différentes sous-échelles composent le « Cultural Competence Self-Assessment Questionnaire ». Elles mesurent 1) les connaissances des communautés, 2) l'accès aux minorités 3) l'investissement personnel dans les communautés de minorités ethniques et raciales, 4) le développement de ressources et de liens/relations pour servir les minorités, 5) le développement de procédures et de politiques pour

					<p>répondre de manière efficiente aux besoins des patients issus des minorités, 6) l'engagement des employés issus des minorités ethniques et raciales. Les résultats pour chacune de ces mesures pouvaient être donnés selon une échelle de Likert à 4 points.</p> <p><u>Variables indépendantes :</u></p> <p>Structure. Les mesures organisationnelles incluent le règlement, le financement public, et la « capacité d'assurance ».</p> <p>La mesure concernant le règlement inclue deux éléments : si le programme a une licence étatique et si a une accréditation du Joint Commission. Des mesures permettant d'évaluer le pourcentage de financement public ainsi qu'une mesure afin de voir si le programme acceptait Medicaid ou des assurances privées.</p> <p>Leadership. Neuf éléments représentant les styles de leadership transformationnels et transactionnels ont été utilisés pour mesurer la perception des chefs des compétences de leadership des directeurs de programme. Ces habilités étaient évaluées sur échelle à 5 points. L'analyse de Cronbach (Cronbach's alpha) concernant cette mesure était de .96.</p> <p>Désir de changement/acceptation du changement organisationnel. Mesuré avec la « treatment director version » (TCU-ORC-D), qui a été développée pour les managers afin qu'ils puissent reporter l'acceptation du changement (readiness for change) de leurs programmes. Cette mesure a 67 éléments divisés en 4 domaines avec 18 sous-échelles : motivation au changement (besoins du programme, besoins en formation, pression pour un changement), ressources (bureaux, équipes, formation, équipement, accès internet), attributs du personnel (croissance ?, efficacité, influence, orientation, adaptabilité), climat organisationnel (mission, cohésion, autonomie, communication, stress et changement). Tous ces éléments ont été évalués par les chefs sur une échelle de Likert de 5 points. L'analyse de Cronbach (Cronbach's alpha) pour ces mesures se situait entre .74 to .86.</p> <p><u>Variables de contrôle :</u></p> <p>Elles incluent deux facteurs de structure organisationnelle pour voir si le programme se déroule au sein d'une organisation plus grande et le</p>
--	--	--	--	--	--

					<p>pourcentage de personnel avec un niveau académique.</p> <p>Les caractéristiques démographiques des chefs et les caractéristiques de travail (ethnicité des latinos, niveau d'éducation, bail (? field tenure), statut des licences, etc) ont été incluses au modèle d'analyse, puisqu'il semble que ces facteurs soient associés à l'adoption de pratiques culturelles compétentes.</p>
Déroulement de l'étude	<p>-La procédure de recherche est-elle décrite ?</p> <p>-A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?</p>				<p>Oui. Elle est décrite précisément dans le chapitre 3.6.</p> <p>Des analyses bivariées de corrélations Pearson (Bivariate Pearson pairwise correlations) ont été menées pour identifier les liens entre les différentes variables et pour le modèle de régression.</p> <p>Une estimation la plus probable (maximum likelihood estimation) a été utilisée pour la régression afin de compenser les valeurs manquantes (4%). Cette méthode est considérée comme la plus pertinente pour obtenir des paramètres non biaisés.</p> <p>Utilisation du programme STATA/SE version 12.</p> <p>Le tableau 2 présente en détail le lien entre les facteurs organisationnels et les 6 sous-dimensions de la compétence culturelle organisationnelle.</p> <p>Il semble qu'aucune mesure n'ait été entreprise pour garantir les droits des participants. Toutefois, étant donné qu'aucun patient n'était directement impliqué et que les chefs ont répondu de leur plein gré aux questions, il ne saurait peut-être pas nécessaire d'entreprendre des démarches auprès d'un comité d'éthique.</p>
Résultats Traitement des données	Des analyses statistiques ont-elles été entreprises pour répondre à chacune des hypothèses ?	X			Oui. Présentation de ces mesures statistiques dans les tableaux 1 et 2. Le tableau 2 fait le lien entre les 6 points de la compétence culturelle organisationnelle et les variables. Une régression standard a été utilisée, le R^2 a été calculé.
Aspects du rapport	Questions	oui	Non	Peu clair	Commentaires
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			<p>Oui. Les résultats sont présentés de manière très claire avec les liens corrélationnels entre les variables, ainsi que les valeurs p et r. Les résultats sont présentés ensuite selon chaque hypothèse.</p> <p>Des résultats/corrélations significatifs qui n'étaient pas mentionnés dans les hypothèses sont également présentés dans le chapitre des résultats.</p>

					<p>Pas de signification statistique entre les ressources et l'accès aux communautés et les variables indépendantes.</p> <p>D'autres variables de compétence culturelle sont toutefois en relation avec le climat organisationnel (connaissances des communautés ($r = .21, p < .05$) et les procédures et politiques ($r = .17, p < .05$)).</p> <p>L'investissement personnel au sein des communautés est positivement associé avec le leadership ($r = .24, p < .01$), les ressources pour le changement ($r = .32$ et $p < .01$), les attributs du personnel ($r = .16, p < .05$) et le climat organisationnel ($r = .25, p < .01$).</p> <p>Avoir différentes politiques en matière de personnel et de dotation était positivement associé au Medi-Cal ($r = .21, p < .05$).</p> <p>L'hypothèse 1 a été partiellement validée (hypothèse selon laquelle le financement public et les règlements seraient positivement associés à une mise en œuvre des 6 composantes de la compétence culturelle. Accepter Medi-Cal [B (SE) = .20 (.09), $p < .05$] et recevoir des fonds publics [B (SE) = .19 (.09), $p < .05$] est positivement associé avec les politiques et procédures qui servent mieux les minorités. Cf tableau 2.</p> <p>L'hypothèse 2 a été partiellement validée (la perception des chefs du leadership directionnel serait positivement associée avec une mise en œuvre des 6 composantes de la compétence transculturelle). La capacité de leadership était positivement associée à l'accès aux minorités [B (SE) = .33 (.13), $p < .05$] et au développement d'une équipe diversifiée [B (SE) = .33 (.13), $p < .05$].</p> <p>L'hypothèse 3 a été partiellement validée (elle supposait que l'acceptation/le désir de changement serait positivement associé à une mise en œuvre des 6 composantes de la compétence transculturelle). Le climat organisationnel était associé aux connaissances sur les communautés [B (SE) = .40 (.14), $p < .01$] et au développement de politiques et de procédures qui servaient les minorités [B (SE) = .29 (.14), $p < .05$].</p> <p>D'autres résultats qui n'avaient pas été émis dans les hypothèses se sont révélés significatifs. Les programmes/services qui comptent davantage de personnel ayant suivi des formations supérieures et les programmes faisant partie d'une organisation « parente » sont</p>
--	--	--	--	--	---

					<p>négativement associés aux connaissances sur les minorités [B (SE) = $-.21$ (.10), $p < .05$ et $-.25$ (.08), $p < .01$] et à moins d'investissement auprès des communautés [B (SE) = $-.18$ (.08), $p < .05$]. Les services qui avaient un nombre élevé de chefs latino étaient positivement corrélés aux connaissances du personnel concernant la minorité latino [B (SE) = $.29$ (.07), $p < .05$]. Les chefs ayant une licence clinique ou des certifications d'addiction (addictions certification) étaient positivement associés avec des ressources et des relations se rapportant aux compétences culturelles [B (SE) = $.18$ (.09), $p < .05$]. Enfin, les programmes avec des chefs de niveau gradué étaient associés à des réglementations et des procédures plus adaptées culturellement [B (SE) = $.18$ (.09), $p < .05$].</p> <p>La composante des compétences culturelles qui était associée au plus de variables était la connaissance au sujet des communautés. Ce résultat présenté dans le modèle 1 a la plus grande variance expliquée ($R^2 = .28$).</p>
Discussion Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir du cadre théorique et conceptuel, ainsi que des recherches antérieures ?	X			Oui. Les résultats sont interprétés et mis en lien avec des études antérieures mentionnées également dans le cadre théorique.
	-Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?	X			<p>Oui. Etant donné que, selon les auteurs, l'échantillon est relativement petit, et restreint à un état, la généralisation peut être limitée. Les chercheurs ont toutefois fait preuve d'une rigueur méthodologique. Ils ont utilisé de nombreux instruments statistiques (notamment Cronbach, mais également d'autres valeurs telles que les p, B, R^2, etc.) Les instruments statistiques semblent avoir été utilisés de manière adéquate.</p> <p>La validité interne de l'étude semble donc en ordre. Les auteurs ont utilisé des tests statistiques et pris des mesures pour éviter les biais, notamment en compensant les données manquantes, mais également en variant les sources de données afin d'éviter les biais induits par les réponses des managers.</p> <p>La validité externe est toutefois questionnable puisque les auteurs mentionnent que les résultats sont peu généralisables, étant donné</p>

	-les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			une taille d'échantillon selon eux relativement petite. Oui. Les limitations mentionnées sont avant tout méthodologiques : - la structure des données ne permet pas d'établir la causalité, la direction et la mise en œuvre de ces pratiques sur le long terme. - les données sont cross-sectional et les facteurs explorés peuvent être bidimensionnels. - les données cross-sectional et les mesures dépendantes ne permettent pas l'évaluation longitudinale et séquentielle d'une mise en œuvre. - échantillon relativement petit, et réduit à un Etat. Mais qui représente malgré tous les services fournis à une population de plus de 7 millions d'habitants. - Un modèle « key informant » avec cross-validation a été utilisé pour collecter les données, alors que certaines études disent que ce serait mieux d'utiliser un modèle « multiple informants ».
Perspectives futures	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?	X			Oui, les conséquences pour la pratique sont mentionnées : - le leadership joue un rôle essentiel dans la mise en pratique des compétences transculturelles - le rôle joué par le climat organisationnel et l'acceptation du changement est également très important. Il propose également, pour de futures recherches, de voir quel genre de leadership est le mieux à même de favoriser les compétences transculturelles dans la pratique.
Questions générales Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			Oui. L'article est bien structuré, rédigé clairement, et comprend les éléments essentiels à une analyse. Il manque néanmoins la description du devis de recherche.
Evaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?	X			Oui. Etant donné que l'étude porte avant tout sur le domaine des dépendances, les résultats pourraient surtout être utilisés pour la psychiatrie et l'addictologie.

Références bibliographique : Loiselle, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec : ERPI.

Références de l'article analysé : Paez, K. A., Allen, J. K., Carson, K. A., & Cooper, L. A. (2008). Provider and clinic cultural competence in a primary care setting. <i>Social Science & Medicine</i> , 66(5), 1204-1216. doi : http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.11.027					
Aspects du rapport	Questions	oui	Non	Peu clair	Commentaires
Titre	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	X		X	Provider and clinic cultural competence in primary care setting → Le titre ne présente pas très clairement le problème de recherche. Nous pouvons néanmoins en déduire la thématique abordée.
Résumé	-Contient-il les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?	X			Le résumé contient une très brève introduction, l'objectif de l'étude, la méthode et les résultats. Une brève phrase de discussion est également intégrée. Le résumé correspond donc aux critères IMRAD.
Introduction Enoncé du problème	-Le problème de recherche est-il énoncé clairement ?	X			Oui, il est clairement mentionné à la fin de l'introduction. Il existe des inégalités dans les soins, c'est pourquoi il faut développer des stratégies pour y remédier (approches pour augmenter/améliorer les compétences culturelles des cliniciens et des systèmes de santé pour améliorer la santé des minorités ethniques et raciales). L'objectif de l'étude est de mesurer les compétences culturelles des soignants des soins primaires et leurs perceptions de la compétence culturelle dans les cliniques où ils travaillent, afin de déterminer s'il y a une relation entre soignants et compétence clinique culturelle, et évaluer quelles caractéristiques démographiques des soignants sont associées avec la compétence culturelle des soignants.
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur les variables étudiées ?	X			Oui. L'introduction comprend les définitions des compétences transculturelles (CT), de la culture et des compétences. Quelques exemples d'obstacles à l'accès aux soins des minorités sont mentionnés (compétences limitées d'anglais, peu de connaissances sur la santé, la peur, croyances sur les traitements préventifs, manque de connaissance, manque de ressources et incapacité de quitter leur place de travail pour se présenter aux rendez-vous médicaux). L'introduction est presque intégralement basée sur des recherches effectuées jusqu'ici ou sur des éléments de la littérature.
Cadre théorique ou conceptuel	-Les principales théories et concepts sont-ils définis ?	X			Oui. CT, culture, compétences, obstacles pour prendre soin.

Hypothèses	-Les hypothèses sont-elles clairement formulées ?	X			Deux hypothèses sont mentionnées (formulées comme une seule hypothèse) : Relation positive entre les compétences culturelles des soignants et les compétences cliniques culturelles. Les soignants/fournisseurs de soins femmes, plutôt libérales et médecins de familles auraient les connaissances, les attitudes et les comportements qui correspondent davantage aux compétences culturelles, en comparaison avec leurs homologues ne présentant pas les mêmes caractéristiques démographiques.
	-Découlent-elles de l'état des connaissances (théories et recherches antérieures ?			X	La première hypothèse découle de l'état des connaissances présenté dans l'introduction. La seconde hypothèse ne semble néanmoins pas vraiment basée sur la littérature actuelle.
Méthodes Devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ?			X	Le devis de recherche n'est pas clairement mentionné. La formulation des hypothèses et la description de la méthode laissent penser qu'il s'agit d'un devis quantitatif descriptif (non-expérimental) corrélationnel. Les auteurs ont toutefois rédigé un chapitre sur le design de l'étude. Il s'agit selon eux d'une étude cross-sectional de cliniciens participant à 2 essais d'interventions pour analyser la communication patient-soignant Le protocole de l'étude a été approuvé par l'Institute Review Board. Tous les participants ont fourni un consentement éclairé.
Population et contexte	-La description de l'échantillon est-elle suffisamment détaillée ?	X			Oui. L'échantillon est décrit clairement, tout comme le contexte dans lequel se déroule l'étude. Dans 23 communautés, des cliniques de soins primaires localisées à Baltimore dans le Maryland (22 cliniques) et à Wilmington dans le Delaware (une clinique) servant principalement des noirs (60-100%) et des blancs avec des contextes socio-économiques différents. Les cliniques représentent 11 organisations incluant un centre de santé fédéral qualifié, des centres de santé communautaire, des hôpitaux universitaires - affiliés à des centres externes et des cabinets indépendants avec de multiples spécialités/spécialisations. La population initiale de l'étude était composée de 64 médecins de familles et internes et de 5 infirmières pour adultes/familles qui ont accepté volontairement de participer à un des deux essais cliniques randomisés.

					<p>Les soignants étaient éligibles pour les essais seulement s'ils pratiquaient au minimum 20 heures par semaine et planifiaient de rester dans la clinique pour au minimum 12 mois après leur enrôlement.</p> <p>Pour finir, les personnes ayant réellement participé à l'étude incluaient 36 médecins internes, 9 médecins de famille et 4 infirmières qui avaient tendance à être expérimentés, de sexe féminin et venant de diverses races.</p>
	-La taille de l'échantillon est-elle adéquate par rapport au contexte de la recherche ?			X	L'échantillon semble assez petit pour un devis de type quantitatif.
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	X			<p>Oui.</p> <p>Les soignants ont été invités par lettre à compléter une enquête sur internet divisée en trois sections (questions à propos de leur clinique, leur pratique et leur expérience ; questions à propos des problématiques culturelles dans les soins de santé ; les connaissances, attitudes et opinions à propos des races et des soins médicaux) ainsi que 2 tests cognitifs. Les caractéristiques des soignants (incluant la race) ont été collectées par leur auto-évaluation dans l'enrôlement pour les essais cliniques ou dans l'enquête Internet qui a eu lieu après l'intervention.</p> <p>Afin d'éviter certains biais inconscients, il a été dit aux soignants que le but de l'étude était d'évaluer s'il était possible de mesurer les attitudes implicites des professionnels à l'égard de la race et de l'ethnicité avec un test informatique.</p>
	-Les variables à mesurer sont-elles décrites et opérationnalisées ?	X			<p>Les variables sont décrites très en détails.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mesure des compétences culturelles des soignants : le cadre opérationnel pour la mesure des compétences culturelles des soignants a été tiré du « CLAS Standards » et du « Process of Cultural Competence in the Delivery of Healthcare Services » qui est un modèle opérationnel de compétence culturelle. Les compétences culturelles des soignants ont été divisées en 3 éléments conceptuels (attitudes, comportements rapportés, connaissances). Pour opérationnaliser la compétence culturelle, les instruments de compétence culturelle ont été

					<p>revus pour identifier les sous-ensemble d'items qui reflètent le mieux les besoins culturels des patients noirs et blancs dans un contexte de soins primaires ainsi que le modèle de cette étude. Tous les items ont été évalués et revus à de multiples reprises et des experts ont fait des recommandations pour les valider. Les items ont été pré-testés par 8 praticiens. 6 items ont été sélectionnés pour représenter l'attitude et la conscience (culturelle). Une échelle de Likert de 5 points permettait de les évaluer.</p> <p>Des items concernant le domaine du comportement ont été choisis grâce au Cultural Competence Assessment Instrument (CCA ; une sorte d'instrument). Ces items mesurent le comportement rapporté par le professionnel plutôt que la capacité auto-rapportée d'avoir un comportement. 5 items ont été retenus.</p> <p>Les séries de réponses ont été modifiées d'une échelle de 5 points de type Likert (toujours, souvent, parfois, jamais, pas sûr) à un format de fréquence standardisant les réponses et rendant les choix de réponses plus exacts. Les participants ont dû dire quel pourcentage de leur temps ils utilisent à avoir un comportement permettant d'obtenir des informations concernant la culture de leurs patients, à recevoir un feedback concernant leurs interactions transculturelles et à adapter leur prise en charge à la culture du patient (pourcentage en temps : 0-25, 26-50, 51-75, 76-100) → cf tableau 1.</p> <p>Cette variable a ensuite été opérationnalisée. Le détail des étapes de l'opérationnalisation est décrit précisément sous le tableau 1. Les éléments concernant l'attitude ont été regroupés en deux catégories : la motivation d'apprendre davantage concernant les cultures au sein de l'institution ou de la société et l'assimilation ou l'usage d'attitudes démontrant une capacité à comprendre les avantages des blancs et à accepter les choix des groupes ethniques d'avoir des traditions et des valeurs différentes. Le comportement a toujours été évalué sur la base du comportement rapporté, à</p>
--	--	--	--	--	---

					<p>savoir la fréquence avec laquelle un praticien cherche des informations en lien avec la culture. La connaissance a été évaluée en utilisant 10 items à choix multiple.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mesure des compétences culturelles cliniques : le « CLAS Standards » a été utilisé comme guide pour développer les items pour mesurer la perception des soignants des compétences culturelles de leur clinique. Les soignants ont dû répondre à 6 questions concernant la diversité raciale et ethnique des soignants/des équipes de la clinique, sponsoring/parrainage de cours sur la diversité culturelle pour les soignants et les équipes, l'approvisionnement de matériel d'éducation pour patients adaptés à la langue ou à la race/ethnie.
Déroulement de l'étude	<p>-La procédure de recherche est-elle décrite ?</p> <p>-A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?</p>	X			<p>La procédure de recherche est décrite en détails. Une régression linéaire simple a été utilisée pour déterminer si la compétence culturelle des soignants variait selon les caractéristiques des soignants et les dires des soignants par rapport aux compétences culturelles de leur clinique. Des modèles de régression linéaire résistante ont été utilisés si nécessaire pour réduire les effets des valeurs extrêmes de « Y ». Une valeur bilatérale $p < 0.05$ a été considérée comme significative. Les statistiques ont été interprétées en utilisant « STATA 8.2 » pour toutes les statistiques descriptives et de régression et « SPSS 14.0 » pour toutes les analyses psychométriques.</p> <p>Le protocole de l'étude a été approuvé par l'institute Review Board. Tous les participants ont fourni un consentement éclairé.</p>
Résultats Traitement des données	Des analyses statistiques ont-elles été entreprises pour répondre à chacune des hypothèses ?	X			<p>Oui des analyses statistiques précises ont été entreprises. Elles sont présentées dans les tableaux 4 et 5.</p> <p>Les chercheurs ont également utilisé différents instruments statistiques, notamment une rotation varimax pour l'analyse de certains facteurs exploratoires liés aux compétences culturelles en lien avec l'attitude et le comportement.</p> <p>Le test de « Kaiser Meyer Olkin » a permis d'évaluer l'adéquation de la taille de l'échantillon.</p> <p>Le test de Cronbach a également été utilisé. (0.5 à 0.64 pour l'attitude</p>

					et le comportement).
Aspects du rapport	Questions	oui	Non	Peu clair	Commentaires
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			<p>Oui plusieurs chapitres expliquent sous forme de texte les détails présentés dans les tableaux 2, 3, 4, 5 et 6.</p> <p>71% des 69 soignants, donc 49 soignants, qui ont été inscrits dans les essais cliniques ont complété l'enquête Internet sur les compétences culturelles. Les participants et ceux qui n'ont pas participé étaient similaires concernant l'âge, le genre, la race, la spécialité et les années de pratique après la formation mais les participants étaient plus diplômés que les non-participants (98% contre 80%, $p < 0.01$). Les participants étaient composés de 36 médecins internes, 9 médecins de famille et 4 infirmières qui avaient tendance à être expérimentés, de sexe féminin (61%) et venant de diverses races. Un tiers des soignants ont rapporté qu'ils avaient déjà assisté à des cours sur les compétences culturelles ou sur la diversité. Parmi ceux-là, environ deux-tiers (65%) ont évalué ces cours comme bien à excellent. Les soignants ont rapporté qu'ils voyaient plus de patients de races ou d'ethnies différentes à la leur que le contraire [en moyenne 60.7% des soignants (SD = 33.5)]. Plus de la moitié des soignants étaient sûrs d'eux-mêmes concernant les soins aux minorités (55%).</p> <p>Les compétences culturelles des soignants en lien avec les compétences culturelles de leur clinique :</p> <ul style="list-style-type: none"> - attitude : les soignants rapportant un pourcentage plus élevé de personnel non-blanc dans leur clinique ($p < 0.005$), le financement par la clinique de cours de compétence culturelle ($p < 0.026$) et la possibilité d'utiliser du matériel d'éducation adapté au patient ($p < 0.015$) avaient une attitude démontrant davantage leur motivation à acquérir des connaissances concernant les cultures présentes dans leur pratique et dans leur société.

				<p>Pas de corrélation statistiquement significative entre les compétences cliniques culturelles et les attitudes de pouvoir et d'assimilation ($p < 0.092$, $p < 0.991$, $p < 0.241$ et $p < 0.308$).</p> <ul style="list-style-type: none"> - comportement : les soignants rapportant un pourcentage plus élevé de personnel non-blanc dans leur clinique ($p < 0.002$) et la possibilité d'utiliser du matériel d'éducation adapté au patient ($p < 0.049$) adoptaient plus fréquemment un comportement culturel compétent. - connaissances : la compétence clinique culturelle n'est pas associée avec les connaissances des professionnels concernant les soins aux minorités ($p < 0.471$, $p < 0.406$, $p < 0.417$, $p < 0.297$). <p>Association entre les compétences culturelles des soignants et leurs caractéristiques personnelles :</p> <ul style="list-style-type: none"> - attitude : les femmes ($p < 0.039$), libérales ($p < 0.005$), médecins de famille ($p < 0.043$) étaient souvent plus en accord avec les éléments en lien avec « l'assimilation » (qui signifie, dans l'article, la conscience des avantages des blancs et l'acceptation des choix de valeurs et de tradition des groupes raciaux différents). Les professionnels se sentant sûrs d'eux dans les soins aux désavantagés, comme par exemple les migrants, expriment une meilleure « assimilation » ($p < 0.044$). Les caractéristiques des soignants ne sont pas associées à leur motivation (p toujours plus grand que 0.05, ce qui n'est pas significatif). - les caractéristiques des professionnels n'étaient pas en lien avec leur comportement (p toujours plus grand que 0.05, ce qui n'est pas significatif), bien que les soignants noirs rapportent un comportement culturellement compétent plus fréquent ($p < 0.045$). <p>Les professionnels se sentant sûrs d'eux dans le soin aux migrants expriment une meilleure « assimilation ».</p> <p>Les caractéristiques des soignants ne sont pas associées à leur motivation.</p> <ul style="list-style-type: none"> - connaissances : les soignants plus jeunes semblent avoir davantage de connaissances que les plus âgés ($B = -0.52$, $p < 0.032$). <p>Les soignants qui se sentent moins sûrs dans les soins des minorités ($B = 8.77$, $p < 0.012$) et ceux qui sont diplômés à l'international (international medical graduates) ($B = -9.72$, $p < 0.05$) semblent avoir</p>
--	--	--	--	---

				<p>moins de connaissances.</p> <p>Les modèles multivariés ont été développés pour chacune des 4 mesures des compétences culturelles (motivation, comportement, assimilation, connaissances). Les modèles incluent les caractéristiques des soignants et des cliniques qui sont significativement associées ($p < 0.05$) avec les compétences culturelles des soignants dans une analyse à variable unique. Les 4 modèles étaient significatifs ($p < 0.01$). Le personnel non-blanc, l'orientation politique plus libérale (en opposition à conservateur), l'âge et la confiance en soi dans la prise en charge des désavantagés demeurent significatifs dans l'analyse à variables multiples. Toutes les autres caractéristiques des soignants et des cliniques sont plus faiblement associées avec la compétence culturelle des soignants lorsqu'elles sont considérées dans le modèle étendu (valeurs p plus grandes que 0.05, ce qui n'est plus significatif).</p>
Discussion Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir du cadre théorique et conceptuel, ainsi que des recherches antérieures ?	X		<p>Oui, le lien est fait avec d'autres études et la littérature actuelle. 3 interprétations potentielles des résultats venant de cette étude cross-sectional devraient être considérées :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les cliniques qui ont adopté des pratiques plus compétentes culturellement pourraient influencer les soignants à développer plus leurs attitudes et comportements de compétences culturelles - Les soignants plus compétents culturellement pourraient être attirés à travailler dans les cliniques avec un plus haut niveau de compétences culturelles. - Les soignants ayant des attitudes et comportements de compétence culturelle pourraient influencer la compétence culturelle des cliniques où ils pratiquent en préconisant des cours sur la diversité, pour une diversité de la main d'œuvre et l'utilisation de matériels d'éducation appropriés culturellement aux patients. <p>Des combinaisons de ces trois conditions pourraient exister dans un contexte clinique donné.</p>
	-Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation	X		<p>Oui. La question de la généralisation des données est abordée. Les auteurs estiment néanmoins que la possibilité d'une généralisation est</p>

	des conclusions ?				<p>inconnue, étant donné le contexte assez précis de l'étude.</p> <p>Les auteurs démontrent beaucoup de rigueur dans leur méthodologie de recherche et ont utilisé de nombreux instruments statistiques (Cronbach, Kaiser Meyer Olkin, etc.).</p> <p>La validité interne de l'étude semble en ordre. Les auteurs ont utilisé différents tests statistiques et ont également pris des mesures pour éviter certains biais (ils n'ont par exemple pas dit aux participants quel était le but réel de l'étude pour éviter qu'ils orientent leurs réponses en fonction).</p> <p>La validité externe est toutefois questionnable puisque les auteurs disent ne pas savoir si les résultats peuvent être généralisés à des groupes plus petits de professionnels de la santé, à des médecins travaillant seuls ou dans des milieux ruraux. L'étude a toutefois été réalisée au sein de différents types d'établissements (hôpitaux universitaires, centres de santé, etc.), ce qui nous semble constituer un élément positif pour une potentielle généralisation des données.</p>
	-les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			<p>Oui. Pas de mesure standardisée des compétences culturelles des soignants ; les caractéristiques des cliniques étudiées étaient limitées à ce que les soignants voyaient lorsqu'ils travaillaient mais ça n'inclut pas les infrastructures organisationnelles sous-jacentes ; la taille de l'échantillon (relativement petit) peut avoir empêché d'établir certains liens entre la compétence transculturelle de la clinique et celle des praticiens ; le design cross-sectional limite la possibilité d'établir des inférences causales ; la possibilité de généraliser n'est pas connue.</p>
Perspectives futures	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?	X			<p>L'étude montre qu'une relation réciproque entre les soignants et les cliniques culturellement compétente existe. Les organisations de soins de santé devraient reconnaître que les formations aux compétences culturelles sont insuffisantes pour mener à un changement d'attitude et de comportement si aucun soutien organisationnel n'est entrepris.</p>
Questions générales Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			<p>L'article est bien écrit, structuré, présente la méthodologie dans les détails et dans des tableaux clairs.</p>
Evaluation globale	-L'étude procure-t-elle des	X			<p>Les résultats permettent de prendre conscience de la nécessité</p>

	résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?				interventions organisationnelles pour soutenir les compétences transculturelles.
--	---	--	--	--	---

Références bibliographique : Loiselle, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec : ERPI.

Annexe G**Tableau de présentation des résultats par article**

Résultats	Discussion
1. Beune, E. J. A. J., Haafkens, J. A., & Bindels, P. J. E., Barriers and enablers in the implementation of a provider-based intervention to stimulate culturally appropriate hypertension education , 2011	
<p>3 catégories majeures décrivent les barrières des soignants pour adopter une approche culturellement appropriée. A chaque barrière, les chercheurs ont proposé une solution. Ils décrivent les barrières et le résultat ayant suivi la mise en %uvre des solutions.</p> <p>- Contexte politique national</p> <p><u>Catégorie</u> : nouvelle politique nationale pour le financement du système de santé</p> <p><u>Barrières</u> : moins de soutiens financiers mis à disposition pour les innovations et l'amélioration de la qualité, perte de motivation et d'intérêt de la part des professionnels de la santé en raison des remboursements</p> <p><u>Stratégie</u> : faciliter l'enregistrement et la déclaration du temps supplémentaire dépensé pour l'éducation de l'hypertension selon des normes transculturelles afin, par la suite, de chercher d'autres sources de remboursement</p> <p><u>Résultat</u> : moins de soucis à propos des conséquences financières de l'application des nouveaux protocoles</p> <p>- Facteurs organisationnels</p> <p><u>Catégorie</u> : changements organisationnels en cours</p> <p><u>Barrières</u> : les problèmes techniques et organisationnels dus à l'introduction d'un nouveau système pour l'enregistrement électronique des données des patients, déplacement dans un autre immeuble (centre de soins)</p> <p><u>Stratégie</u> : mise en %uvre reportée du nouveau protocole</p> <p><u>Résultat</u> : attente/retard</p> <p><u>Catégorie</u> : environnement</p> <p><u>Barrière</u> : les médecins assistants n'ont pas accès à des chambres privées pour l'éducation aux patients</p> <p><u>Stratégie</u> : recherche de chambres adéquates pour l'éducation des patients</p> <p><u>Résultat</u> : place de travail silencieuse pour les médecins assistants</p>	<p>Ils ont développé une intervention pour les soignants afin d'améliorer l'éducation à l'hypertension de manière culturellement appropriée (CAHE) dans un contexte de soins primaires. Le nouveau protocole d'éducation au patient était constitué de 6 outils pour favoriser une approche culturelle. Les moyens à disposition pour faciliter la mise en %uvre du protocole étaient constitués de formations, de discussions et de rencontres de feed-back pour faciliter l'utilisation de ces outils.</p> <p>L'essai dans les trois « primary care health centers » (PCHCs) montre que la mise en %uvre des programmes pour changer les compétences et les performances des soignants dans la routine des soins cliniques est un processus complexe et dynamique.</p> <p>Les soignants de cette étude ont fait face à une série de barrières entravant l'utilisation des nouveaux outils pour la CAHE. Ces barrières étaient associées au contexte politique national, aux facteurs organisationnels et aux caractéristiques des soignants. Une découverte significative était qu'il n'y avait que quelques barrières qui étaient spécialement reliées à l'application d'une approche culturellement appropriée à l'éducation de l'hypertension. Une des plus importantes barrières dans ce contexte était une réticence à enregistrer l'origine ethnique des patients. La plupart des barrières étaient plus générales, et similaires aux problèmes qui avaient été observés couramment dans les études évaluant la mise en %uvre d'outils pour l'amélioration de la qualité des soins en général. L'étude a aussi identifié les stratégies qui sont utiles contre les barrières observées. Quelques importantes stratégies étaient :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Introduire progressivement le processus de mise en %uvre - Adapter les procédures pratiques (ex. : répartition claire du travail, trouver des endroits adaptés, permettre des rendez-vous plus longs) - La mise à disposition d'instructions supplémentaires et le coaching pour améliorer les compétences et discuter des résistances aux changements

<p><u>Catégorie</u> : contraintes de temps <u>Barrière</u> : la charge de travail élevée des médecins assistants <u>Stratégie</u> : mise en %uvre progressive de l'utilisation des nouveaux protocoles pour les premiers patients nouvellement diagnostiqués <u>Résultat</u> : prévention d'une surcharge des infirmières</p> <p><u>Catégorie</u> : contraintes de temps <u>Barrière</u> : les assistants doivent fournir de l'aide aux médecins généralistes <u>Stratégie</u> : définition claire du rôle des assistants dans le processus de soins pour les patients hypertendus <u>Résultat</u> : les médecins assistants auront plus de temps pour fournir de l'éducation à l'hypertension</p> <p><u>Catégorie</u> : contraintes de temps <u>Barrière</u> : pas de remplacement des personnes malades Pas de stratégie Pas de résultat</p> <p><u>Catégorie</u> : équipe <u>Barrière</u> : beaucoup de roulement des médecins assistants <u>Stratégie</u> : soutien au transfert des connaissances concernant le protocole pour les nouveaux membres de l'équipe <u>Résultat</u> : matériel d'étude disponible pour les nouveaux employés</p> <p>- Facteurs reliés aux soignants <u>Catégorie</u> : compétences <u>Barrière</u> : manque de connaissances informatiques et concernant le système d'enregistrement des données médicales <u>Stratégie</u> : fournir des outils pratiques et du coaching individuel <u>Résultats</u> : meilleur accès aux protocoles numériques, augmentation de l'utilisation des protocoles et du système d'enregistrement</p> <p><u>Catégorie</u> : compétences</p>	<p>Certaines barrières ne pourraient pas être évitées (ex. : manque de personnel). L'étude a quelques forces et limitations méthodologiques. Cette étude pilote montre que les soignants peuvent adopter la trousse à outils si certaines barrières sont évitées pendant la période de mise en %uvre. L'étude révèle aussi que beaucoup de barrières quant à l'implantation ne sont pas spécifiques à une intervention qui promeut l'éducation culturellement appropriée mais sont similaires aux types d'obstacles qui sont rencontrés communément quand les innovations sont introduites dans les soins primaires. Les auteurs mentionnent la nécessité de réaliser des études futures sur un enregistrement plus systématique des données des séances d'éducation à l'hypertension. La plupart des barrières quant à l'implantation des outils pour des soins culturellement appropriés n'indiquent aucune résistance à une mise en place plus généralisée de tels protocoles. Les personnes qui mettent sur pied des programmes améliorant la qualité ne devraient pas hésiter à développer des innovations pour stimuler des soins culturellement appropriés. Les éléments de l'intervention développée dans cette étude sont bien décrits (ex. : trousse à outils, ō) et transférables. Ces éléments pourraient être utilisés comme prototypes pour des autres centres de soins ou pour d'autres chercheurs qui veulent développer des interventions stimulant une approche culturellement appropriée pour l'éducation de l'HTA pour les populations des minorités ethniques. Les barrières et les possibilités identifiées dans cette étude fournissent des données utiles pour construire un plan d'implantation pour les interventions stimulant des soins culturellement appropriés.</p>
--	---

<p><u>Barrière</u> : manque de connaissance basique sur l'hypertension par les médecins assistants</p> <p><u>Stratégie</u> : faciliter les feed-back par les médecins généralistes (éducation médicale continue)</p> <p><u>Résultat</u> : amélioration des connaissances sur l'hypertension des médecins assistants</p> <p><u>Catégorie</u> : compétences</p> <p><u>Barrière</u> : compétences insuffisantes pour l'éducation des patients de la part des médecins assistants</p> <p><u>Stratégie</u> : fournir des vidéos de feed-back</p> <p><u>Résultat</u> : plus de perspicacité dans les processus de communication</p> <p><u>Catégorie</u> : routines/habitudes</p> <p><u>Barrière</u> : rechute dans les vieilles habitudes</p> <p><u>Stratégies</u> : fournir des rappels, des checklists, des images (ex. : des vidéos de feed-back), faciliter les feed-back des médecins généralistes</p> <p><u>Résultats</u> : utilisation facilitée des nouveaux protocoles, meilleure perception de chacun de ses attitudes professionnelles et des vieilles habitudes</p> <p><u>Catégorie</u> : attitudes</p> <p><u>Barrière</u> : résistance générale à l'innovation</p> <p><u>Stratégie</u> : reconnaître et discuter des raisons de la résistance</p> <p><u>Résultat</u> : accent porté sur les participants les plus motivés</p> <p><u>Catégorie</u> : attitudes</p> <p><u>Barrière</u> : ambivalence à propos de l'enregistrement de l'origine ethnique</p> <p><u>Stratégie</u> : discuter des pour et des contre à propos de l'enregistrement de l'ethnicité</p> <p><u>Résultat</u> : augmentation de l'enregistrement de l'ethnicité</p> <p><u>Catégorie</u> : origine/contexte culturel</p> <p><u>Barrière</u> : comportements socialement souhaitables des patients Suriname</p>	
---	--

<p>Pas de stratégie Pas de résultat</p> <p>De plus, dans le texte, pour chaque catégorie, ils décrivent les barrières ainsi que les ressources.</p>	
<p>2. Priebe, S., Sandhu, S., Dias, S., Gaddini, A., Greacen, T., Ioannidis, E., . . . Bogic, M., Good practice in health care for migrants : views and experiences of care professionals in 16 European countries, 2011</p>	
<p>Les interviewés étaient des docteurs (156), des infirmières (44), des psychologues (7), des physiothérapeutes (4) et des travailleurs sociaux (3). Quelques administrateurs et managers ont également pris part à l'étude et ont aussi été qualifiés de professionnels de soins de santé. La majorité des répondants (74%) ont affirmé qu'en général, le traitement des migrants ne diffère pas fondamentalement de celui des patients non-migrants.</p> <p>Plus des deux tiers (147 participants) ont mentionné explicitement que pour les vignettes des migrants ayant un travail, il n'y aurait pas de différence dans la démarche de soins. Pour les réfugiés et les immigrants sans papier, seulement un ou deux participants ont reporté qu'il n'y aurait pas de différence dans la prise en charge.</p> <p>8 domaines problématiques ont été identifiés (tableau 2). Ces problèmes sont décrits et présentés en texte dans l'ordre de fréquence où ils ont été mentionnés dans les interviews.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Barrières de langue. L'incapacité des migrants à communiquer leurs problèmes due à leurs difficultés de langage peut créer une problématique, avec le risque d'être mal compris et finalement mal diagnostiqués. Les examens et les tests servant au diagnostic sont parfois inévitablement utilisés pour compenser l'incapacité à communiquer verbalement. Les procédures administratives sont aussi plus longues et plus compliquées. Certains répondants ont souligné que les problèmes étaient associés à un accès restreint ou inexistant à des services d'interprétariat. Ces derniers sont donc souvent remplacés par un membre de la famille pour les traductions pendant les consultations. Mais ceci crée une problématique car il y a une perte de temps considérable si tout doit être traduit. Si un membre de la 	<p>Les domaines problématiques et les éléments de bonne pratique couvrent toutes les déclarations faites dans les 240 interviews des 16 pays. La plupart des problèmes et des éléments de bonne pratique ont été soulevés dans tous les pays et dans plus de 50% des interviews, bien que l'accent pour chaque thème variait souvent suivant les interviews. Les conclusions de l'étude fournissent ainsi une image systématique des difficultés dans les soins des migrants et les possibles solutions. Les interviewés démontrent ainsi qu'ils étaient conscients des difficultés et des barrières spécifiques aux soins des migrants. Ils pensent que les soins aux migrants sont compliqués par des problèmes de langue, de culture, d'attitudes, de droits, de manque de conscience culturelle et d'expérience. Les éléments de bonne pratique pourraient être considérés de manière plus générale et s'appliquer à d'autres groupes plus larges de patients. Les soins dispensés devraient être individuels, considérant les besoins personnels plutôt que d'être concentrés sur les stéréotypes des groupes et le sentiment habituel que les besoins des migrants pourraient différer considérablement des patients indigènes. Une bonne pratique pour les migrants nécessite toutefois des efforts spécifiques et supplémentaires. Cela inclut une modification des pratiques de routine, comme donner plus de temps aux patients avec des problèmes de langue, ou chercher une collaboration avec les services sociaux qui devraient être capables de répondre aux problèmes légaux ou sociaux.</p> <p>Selon les auteurs, étant donné l'étendue de l'étude (16 pays, avec chacun une histoire de la migration différente) et le nombre d'interviews menés, l'étude peut être généralisée. Les trois éléments de bonne pratique les plus fréquents (flexibilité organisationnelle avec suffisamment de temps et de ressources, de bons services</p>

<p>famille traduit, il peut être difficile de parler de choses intimes. Les membres des familles peuvent aussi sélectionner, résumer ou censurer ce qu'ils traduisent. Ils transmettent ce qu'ils veulent, en interprétant. L'implication d'un interprète professionnel peut aussi être problématique. Cette troisième personne peut avoir un impact sur la relation entre le patient et le soignant. Il y aussi des questions quant à la confidentialité, surtout lorsque l'interprète est de la même communauté que le patient.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Difficultés d'organiser des soins pour les migrants sans couverture sociale. Les soignants éprouvent des difficultés à soigner des immigrants sans papiers, qui n'ont officiellement pas droit aux services de santé traditionnels. Certains professionnels ont rapporté qu'ils avaient besoin de davantage de clarté concernant les droits des différents groupes de patients. D'autres ont mentionné qu'ils avaient des informations suffisantes pour connaître quels traitements ils pourraient offrir, où les patients pourraient chercher une aide supplémentaire ou comment le traitement devrait être financé. Être conscient de la situation légale peut confronter les soignants à un dilemme. Par exemple, les patients qui ne sont pas assurés devraient payer leur traitement eux-mêmes mais pour la plupart des immigrants c'est impossible. Les médecins se trouvent donc dans une situation problématique car d'un point de vue éthique ils devraient les soigner, mais d'un point de vue légal ils ne devraient pas. La plupart des interviewés ont dit qu'ils fourniraient toujours une aide d'urgence si c'était nécessaire. Ils font part d'un accès restreint aux tests de laboratoire, aux scanners et aux autres spécialistes pour les migrants sans couverture/assurance. Certains interviewés ont tenté de contourner le problème d'assurance en soumettant des échantillons de laboratoire sous leur propre nom, en prescrivant une médication moins chère aux patients, ou en choisissant d'enregistrer le patient d'une autre manière. Certains ont dit qu'ils ne seraient pas capables de recontacter le patient si les résultats des tests étaient anormaux, ce qui peut également être problématique. Il se peut également que des migrants 	<p>d'interprétariat, et travailler avec les familles et les services sociaux), sont tous reliés à des changements au niveau organisationnel et à la disponibilité de ressources suffisantes. Les changements des procédures organisationnelles, l'attribution de plus de temps aux patients qui ont besoin d'interprétariat et l'implication d'autres services pour faire face aux affaires sociales et légales devraient favoriser la qualité des soins aux migrants. Cela requière de la flexibilité et de la volonté de collaborer avec les familles et les autres services. Les autres éléments de bonne pratique conseillés dans cette étude sont les cours professionnels et l'approvisionnement d'informations pour les équipes de soins et pour les migrants. Ces éléments amélioreraient la conscience culturelle au sein de l'équipe, fourniraient des programmes éducationnels et du matériel d'informations pour les migrants. Des guidelines clairs pour les équipes sur les droits des soins des différents groupes de migrants sont également nécessaires. Implanter tous les éléments de bonne pratique identifiés dans cette étude requière des ressources suffisantes, une flexibilité organisationnelle, des attitudes positives, une formation de l'équipe et la mise à disposition d'informations. Le plus grand défi consiste probablement à améliorer l'attitude des soignants, qui pourrait être reliées aux expériences personnelles autant qu'au contexte sociétal.</p>
---	---

<p>angoissés par l'expulsion utilisent une fausse identité ou des documents d'une autre personne pour recevoir des soins.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Manque de réseau social et expériences traumatisantes. Plus des deux-tiers des interviewés ont rapporté des problèmes découlant des expériences stressantes des migrants. Les patients migrants récemment arrivés dans le pays sont perçus comme socialement plus marginalisés et davantage victimes du chômage. Leur difficulté à apprendre la langue et d'éventuels traumatismes dus à des expériences de guerre ou de conflits représentent également des difficultés pour les professionnels de la santé. Certains de ces facteurs de stress socioéconomiques ont un impact direct sur le traitement. Certains répondants relèvent que, pour beaucoup de patients, résoudre les problèmes socioéconomiques et légaux est plus important que résoudre les problèmes de santé. - Manque de familiarité avec le système de soins de santé. Les services d'urgence et d'accidents (A&E) sont souvent le seul accès aux soins pour les migrants car ils ne connaissent pas le fonctionnement du système de santé. Les interviewés rapportent que les migrants sous utilisent les ressources et les services disponibles car ils ne sont pas conscients de leur existence. Les expériences passées des migrants dans des autres systèmes de santé les mènent également souvent à avoir des attentes différentes ou inappropriées envers les médecins. Une compréhension différente de la relation entre soignants et patients peut mener à un sentiment d'insécurité et de méfiance, si les expériences vécues diffèrent considérablement des attentes. - Différentes compréhensions des maladies et des traitements. La manière d'exprimer les causes, les symptômes et la douleur rendent la pose d'un diagnostic difficile, spécialement quand la compréhension de ces concepts diffère considérablement entre les patients et les professionnels. Il y a un challenge quant au traitement des patients migrants qui ont une compréhension différente du corps humain. Ceci peut par exemple résulter parfois par un non-suivi ou une résistance du patient par rapport au 	
---	--

<p>traitement recommandé.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Différences culturelles. Les différences de normes culturelles, de pratiques religieuses et de coutumes peuvent potentiellement compliquer les examens et les traitements. Les interviewés font attention dans les examens physiques à préserver et respecter les restrictions religieuses par rapport aux contacts physiques et aux tabous culturels. Certains services n'offrent toutefois pas de prise en charge selon le sexe du patient. Et à certaines occasions, il en résulte que les patients refusent les soins ou sont réticents à transmettre des informations sensibles. C'est difficile pour certains patients ayant des valeurs et croyances culturelles différentes d'intégrer la possibilité d'avoir un traitement sans médicaments, comme par exemple une psychothérapie. De même, certains patients ne se présentent pas aux rendez-vous et cherchent à avoir des consultations en dehors des heures. - Attitudes négatives envers l'équipe et les patients. Un manque de confiance de la part des patients envers les équipes peut créer une problématique. Une méfiance envers les professionnels ou les interprètes qui sont originaires des pays où les patients ont vécu des expériences de conflits politiques ou religieux représentent parfois également un obstacle. Certains de ces patients demandent à voir un autre professionnel ou dissimulent les informations. Les attitudes négatives envers l'équipe et parfois les comportements hostiles sont largement dus aux différences culturelles, aux incompréhensions ou au sentiment des patients qu'ils ne sont pas pris au sérieux. Les craintes de discrimination ont été mentionnées dans les explications de réticence des patients et sont souvent dues à des expériences sociales passées ou aux opinions rapportées dans les médias. Cependant, les comportements des équipes envers les patients migrants pourraient aussi perpétuer cette crainte de discrimination. - Un manque d'accès à l'histoire médicale est particulièrement problématique, spécialement pour les migrants sans papiers. Si certaines informations sont disponibles, c'est souvent dans une langue étrangère. C'est compliqué surtout quand il n'y a aucune 	
---	--

<p>possibilité de connaître les allergies, les vaccins ou les antécédents.</p> <p>La plupart des problèmes ont été relevés similairement dans les trois types de service. Les attitudes négatives et le manque d'accès à l'histoire médicale étaient problématiques dans 15 pays. Tous les autres domaines problématiques ont été relevés dans les 16 pays.</p> <p>Les éléments de bonne pratique sont résumés dans le tableau 3 et expliqués et décrits en texte par ordre de fréquence. Ces bonnes pratiques ont été intégrées dans les catégories/les thèmes indépendamment du fait qu'elles aient été mentionnées comme une force existante de leur service ou une suggestion pour de futures améliorations.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Flexibilité organisationnelle avec des ressources et du temps suffisants. Pratiquement tous les participants ont mentionné les aspects relatifs à la flexibilité organisationnelle incluant un temps suffisant, des ressources et une individualisation des soins. Beaucoup de professionnels ont rapporté qu'ils prévoient deux sessions, spécialement quand un interprète est impliqué et quand ils donnent plus de temps aux patients migrants pour s'assurer qu'ils soient bien entendus et compris. Quand ils ont relevé des ressources et un temps limités, les répondants ont suggéré que certains membres de l'équipe pourraient être employés pour gérer spécifiquement les problèmes administratifs et sociaux, libérant plus de temps pour les professionnels pour voir les patients. C'est important d'organiser régulièrement des rencontres d'équipe, des réunions pour régler les problèmes découlant des soins aux migrants. Certains services font face à des restrictions concernant le traitement des migrants sans papiers. Pour surmonter cette barrière, les répondants ont suggéré de chercher des fonds pour le traitement auprès d'ONG, d'envoyer les patients dans les cliniques spécialisées dans les soins aux migrants sans papiers, de fournir des médicaments moins chers ou gratuits, de donner des prescriptions privées, ou d'enregistrer les migrants sans papiers d'une autre manière (ex. : comme un touriste). Certains prescrivent les médicaments à leur propre nom si le patient n'a 	
--	--

pas d'argent pour ça. Beaucoup de participants ont rapporté que les équipes souhaitent en premier lieu traiter les patients et ensuite éventuellement considérer les problèmes de droit et d'assurance. Ils ont aussi suggéré que les services prenant en charge des migrants devraient favoriser l'utilisation de plus de documents, même pour les migrants séjournant illégalement. Ils recommandent d'établir des bases de données avec les histoires médicales. Beaucoup d'interviewés ont mentionné la proximité géographique avec les populations immigrantes comme une force de leur service. Fournir des services locaux pour les migrants réduit les problèmes associés avec le maintien des rendez-vous et le coût des transports. Les répondants parlent également de l'importance d'une approche individualisée et flexible pour les migrants concernant les soins principaux, avec plus de sessions sans rendez-vous ou l'allongement des tranches horaires de rendez-vous par exemple.

- De bons services d'interprétariat étaient mentionnés comme une ressource dans presque tous les interviews et les répondants étaient précis dans ce qui est recommandé pour un service d'interprétariat de qualité (l'interprète connaît la terminologie médicale et comprends aussi la discrétion professionnelle). Ils proposent de travailler avec des interprètes professionnels, recommandent l'amélioration de l'accès aux services d'interprétariat, incluant la disponibilité des interprètes et des services pour des langues multiples. Certains parlaient de services d'interprétariat internes. D'autres soulignaient que la meilleure réponse possible à long terme pour réduire les barrières linguistiques était que les patients migrants maîtrisent la langue nationale. Communiquer à travers un interprète professionnel n'est pas toujours vu comme une ressource. Certains interviewés préfèrent utiliser l'entourage ou les amis comme interprètes, notamment pour leur capacité à fournir plus d'informations complètes concernant le patient, en plus d'avoir la confiance de ce dernier. Les répondants utilisent internet pour aider à la traduction, en utilisant des moteurs de recherche ou des pages

web avec des conseils médicaux et des informations sur le pays d'origine du patient.

- Travail avec les familles et les services sociaux. Plus d'un quart des répondants estimaient que la collaboration avec les services sociaux et les familles était importante pour une bonne pratique dans les soins de santé aux migrants. Les éléments centraux étaient des bons contacts avec les services sociaux et le partage d'informations. Les interviewés disent s'engager envers les communautés, notamment en mettant en lien les patients migrants avec les communautés élargies. Certains répondants contactent les leaders religieux et d'autres institutions pour assister les patients dans la prise de contact avec leur communauté locale. C'est aussi le cas pour les patients isolés. Les répondants disent que les équipes tentent dans certains services de contacter les familles ou les amis des patients, même s'ils sont dans d'autres pays. Dans certains cas, les conditions de vie des patients peuvent exacerber une maladie ou limiter la guérison. Certains proposent alors aux patients avec des problèmes de logement de recevoir le soutien des services de logements de charité. D'autres services de santé ont des conseillers de « Citizen Advice Bureau », des physiothérapeutes, des conseillers de bien-être culturel, des conseillers d'action familiale pour assister les immigrants dans ces démarches. Ils encouragent les patients migrants à prendre contact avec les organisations de réfugiés, les projets de femmes immigrantes, les centres d'apprentissage de langues et d'autres formations.
- La conscience culturelle de l'équipe est un élément important pour une bonne pratique. La formation des équipes concernant les pratiques culturelles et religieuses différentes est le noyau des prestations de soins satisfaisantes et respectueuses des patients migrants. Certains parlent de développer le savoir-faire dans le traitement des patients migrants grâce à l'expérience et l'exposition, comme le fait d'être situé dans une communauté multiculturelle. Les cours dispensés devraient inclure des informations concernant les pathologies spécifiques des migrants,

<p>les compréhensions culturelles de la maladie et des traitements et des informations relatives aux tabous et normes culturelles et religieuses. De telles connaissances favoriseraient la pose de diagnostics plus précis et le choix de traitements appropriés. La présence au sein de l'équipe de professionnels issus de la migration a aussi marqué une augmentation de la conscience des besoins des migrants. Cela a également permis de mieux comprendre certains problèmes de compréhension, de culture ou de langage. C'est une force d'avoir une équipe avec des origines ethniques différentes. Chacun peut apprendre beaucoup de ces personnes-là.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Programmes éducationnels et matériel d'information pour les migrants. Des programmes instructifs et du matériel d'informations devraient être produits pour les migrants concernant le système de santé du pays hôte. Les répondants ont suggéré de mettre sur pied des projets de santé communautaire ou des rencontres le soir lors desquelles les équipes médicales pourraient expliquer et éduquer les migrants à propos du fonctionnement du système de santé et de comment favoriser un style de vie sain. Ils ont suggéré d'utiliser des brochures dans plusieurs langues qui expliquent le système de santé et les pistes pour accéder aux services. Cela permettrait aux professionnels de ressentir moins de pression lors des consultations, car ils n'auraient plus besoin d'expliquer le fonctionnement du système de santé et gagneraient ainsi un temps précieux pour les soins. De plus, les répondants pensent que cela réduirait la déception des patients, car ces derniers seraient alors au courant de ce qu'ils peuvent attendre. Cependant, certains répondants ont averti que la simple mise à disposition des brochures ne suffit pas. Les patients migrants auraient sans doute besoin d'assistance pour être guidé vers les brochures et d'un soutien plus conséquent que la simple lecture de brochures. - Relation positive et stable avec l'équipe. Plus d'un tiers des répondants ont relevé comme éléments de bonne pratique la relation entre l'équipe et les patients et la continuité des soins. 	
---	--

<p>Les éléments nécessaires à une bonne relation sont le respect, la convivialité, être accueillant, à l'écoute. Les répondants relèvent avoir des standards d'accueil qui assurent aux patients de recevoir une attention individuelle. La promotion du non-jugement, de l'ouverture d'esprit et d'une équipe qui favorise l'équité était aussi mentionnée dans les réponses. La cohérence de l'équipe est perçue comme un élément important pour construire une relation positive et de confiance avec les migrants. Voir un clinicien différent à chaque rendez-vous a un impact négatif sur l'expérience des patients dans les services, spécialement quand ils doivent répéter à chaque nouveau rendez-vous leur histoire médicale.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Guidelines clairs sur les droits de l'être soigné des différents groupes de migrants. Les professionnels interviewés ont rapporté les bénéfices de cours sur les droits de santé des migrants et sur les autres problèmes légaux. Ils proposent également d'inclure des informations sur la manière d'obtenir des fonds pour le traitement des migrants sans papier. Certains gouvernements permettent légalement aux professionnels de traiter les migrants sans papiers si leur vie est menacée. Cependant, les répondants ont rapporté que davantage de transparence était nécessaire sur ce qui est considéré comme des conditions menaçant la vie. <p>La collaboration avec les familles et les services sociaux était plus souvent rapportée dans les services de santé mentale, alors que les autres éléments de bonne pratique étaient relevés dans les trois types de services, avec la même fréquence. La nécessité de guidelines clairs était suggérée dans 10 pays, les programmes d'éducation dans 14 pays, la relation positive dans 15 pays et toutes les autres bonnes pratiques suggérées dans les 16 pays.</p>	
<p>3. Guerrero, E. G., Managerial capacity and adoption of culturally competent practices in outpatient substance abuse treatment organizations, 2010</p>	
<p>Les chefs des unités OSAT démontrent un haut degré de soutien pour trois points : les Latinos ont besoin de services par des conseillers parlant espagnol (93%), les Afro-Américains doivent être prise en charge par des Afro-Américains (59%), le personnel des unités OSAT doit avoir</p>	<p>Cette étude a permis de mettre en évidence qu'au-delà des ressources, des règlements, de la diversité des patients, les composantes culturelles des managers sont essentielles pour l'adoption de pratiques linguistique et culturelles adaptées. D'autres études ont également démontré que le</p>

connaissance de l'histoire des Afro-Américains pour leur offrir des services de qualité (86%).

L'hypothèse 1 est partiellement validée : l'adoption d'une politique selon laquelle la prise en charge est dispensée par un soignant de même langue ou race que le patient est associée au soutien des chefs pour ces pratiques [OR (95% IC) = 3.0 (1.2 . 7.4), $p < .01$ ce qui est très significatif].

L'indicateur le plus fort du fait d'avoir du personnel bilingue ou parlant espagnol est le niveau de dotation d'une équipe [OR (95% IC) = 2.4 (0.5 . 12.8)].

L'hypothèse 2 souhaitait vérifier le lien entre différents éléments du management et la quantité de formation en soins transculturels dispensée. Cette hypothèse a été partiellement validée. Les analyses ont démontré une relation très forte entre la sensibilité culturelle des chefs et le pourcentage de membres de l'équipe qui avaient suivi un cours, et le nombre d'heures de cours [Tobit (SE) = 0.78 (0.23) et 0.10 (0.03), pour ces deux variables $p < .001$ ce qui est très significatif]. Une relation positive entre les directeurs avec une licence professionnelle et le nombre d'heures passées au sein des communautés et le pourcentage de personnel ayant reçu une formation a également été démontrée [Tobit (SE) = 9.78 (5.78) et 0.96 (0.81), pour la première variable $p < .05$ ce qui est significatif et Tobit (SE) = 2.10 (0.92) et 0.22 (0.12), pour la première variable $p < .01$ et pour la deuxième $p < .05$]. Toutefois, la formation des directeurs était négativement corrélée au pourcentage de personnel formé et au nombre d'heures [Tobit (SE) = -5.57 (2.55), $p < .01$ ce qui est très significatif et -1.03 (0.35), $p < .001$ ce qui est très significatif]. Il a également été observé que nettement plus de monde avait suivi un cours en 2005 [Tobit (SE) = 36.84 (7.18), $p < .001$ ce qui est très significatif].

L'hypothèse 3 n'a pas été validée. Aucun résultat significatif n'a été démontré pour ce qui concerne la sensibilité culturelle des chefs et le financement public en lien avec les 3 pratiques culturelles (race matching, language matching, cross-cultural training) [OR (95% IC) = 0.8 (0.2 . 2.5), 0.7 (0.3 . 1.4) et 0.8 (0.4 . 1.6), OR plus petit que 1 donc moins de lien, moins de probabilité, Tobit (SE) = -2.27 (12.16)].

soutien des managers est essentiel pour l'adoption de pratiques EBN.

Les résultats de la recherche démontrent que la compréhension des communautés et des besoins des Latino et des Afro-Américains par les managers peut améliorer l'offre de pratiques culturelles des services.

Il est particulièrement important que tous les chefs développent leurs capacités à mettre sur pied des pratiques qui permettent à leurs conseillers d'offrir des services compétents aux minorités. Les cours de compétences culturelles sont essentiels, sachant qu'une majorité de conseillers sont blancs, alors que la majorité des clients sont issus d'une minorité. Il semble néanmoins déjà qu'il y ait une amélioration entre 1995 et 2005 (davantage de membres de l'équipe en ont bénéficié, bien que le nombre d'heures dispensées n'ait pas augmenté). Il est essentiel de comprendre l'importance de former son équipe pour offrir une meilleure prise en charge des minorités.

Engager des employés bilingues, et plus particulièrement qui parlent espagnol, semble correspondre fortement avec le fait d'avoir une dotation adéquate, alors que l'offre de formations culturelles dépend plutôt des attributs des chefs.

Il semble ainsi important que les capacités managériales à développer des pratiques culturelles adaptées soient axées avant tout sur les comportements stratégiques qui mènent à un meilleur accès et à un traitement plus adapté pour les membres des communautés.

Ces résultats ont une implication importante pour le développement des politiques de santé, pour fournir aux unités des preneurs de décisions qui ont les compétences et les connaissances pour adopter des pratiques linguistiques et culturelles adaptées.

Cette étude met également en évidence le fait qu'une attitude idéologique, à savoir la sensibilité culturelle, peut devenir l'élément essentiel pour l'adoption de pratiques culturelles adaptées.

<p>Toutefois, selon les auteurs, il a été observé que les unités ayant une plus grande diversité des soignants pouvaient offrir deux fois plus souvent une politique selon laquelle la prise en charge est dispensée par un soignant de même race que le patient, et treize fois plus souvent de même langue que le patient lorsqu'il s'agit de l'espagnol. Nous ne trouvons toutefois pas à quoi correspondent ces valeurs dans les tableaux.</p> <p>Même si les liens sont modestes, il semble néanmoins que la sensibilité des chefs et le lien des directeurs avec les communautés sont des caractéristiques managériales importantes pour offrir une prise en charge culturellement compétente au sein des unités OSAT. Nous ne parvenons pas à faire le lien entre cette phrase des auteurs et les tableaux présentant les résultats.</p>	
<p>4. Weech-Maldonado, R., Elliott, M. N., Pradhan, R., Schiller, C., Dreachslin, J., & Hays, R. D., Moving towards culturally competent health systems : Organizational and market factors, 2012</p>	
<p>Hyp.1 → validée, avec valeur $p < 0.001$ Hyp.9 → validée, $p < 0.001$ Hyp. 3, 4, 5, 6, 7 → associées à la compétence culturelle dans des analyses à deux variables, mais statistiquement pas significatives Hyp. 2 et 8 → pas associées de manière significative à la compétence culturelle selon les auteurs (malgré un $p < .05$) Hyp. 11 → validée selon les auteurs avec $p < 0.05$ Hyp. 10 → pas validée Les hôpitaux à but non-lucratif ont un score de 14 points (échelle 0-100) plus haut que les hôpitaux à but lucratif ($p < .01$), alors que les hôpitaux formateurs ont eu des scores CCATH non-ajustés en moyenne de 21 points plus haut que les hôpitaux non formateurs ($p < .001$). Chaque 40 lit en plus était associé avec 2 points plus haut du score CCATH ($p < .001$). Etre membre d'un système hospitalier était associé avec approximativement 7 points plus haut du score CCATH ($p < .10$). Une augmentation de 10% de patients hospitalisés au régime de soins managés (managed care) a abouti à 2 points de plus du score CCATH ($p < .01$) alors qu'une augmentation de 10% dans la population de patients hospitalisés bénéficiaires de Medicaid était associée avec approximativement 2 points de moins au score CCATH ($p < .05$). Une augmentation de 10% des patients de minorités raciales/ethniques</p>	<p>Cette étude a émis plusieurs hypothèses afin de comprendre comment les différents facteurs de marché et facteurs organisationnels seraient associés avec le degré de compétences culturelles des hôpitaux. Les résultats suggèrent que les éléments institutionnels, comme le type de propriété, sont d'importants indicateurs d'activités de compétences culturelles. Les hôpitaux avec une population de patients hospitalisés plus diversifiée et situés dans un marché avec une meilleure compétition montrent un plus haut degré de compétences culturelles.</p> <p>La dépendance des ressources et les théories institutionnelles fournissent un contexte pour comprendre le développement du système de santé des Etats-Unis. Certains spécialistes disent que les forces institutionnelles sont maintenant inférieures aux demandes du marché. Cependant, d'autres ont argumenté qu'il faut analyser ces forces selon une perspective complémentaire. Les forces organisationnelles et les facteurs du marché sont en interaction constante. Les auteurs ont adopté une approche similaire dans leur cadre conceptuel. Leurs découvertes, qui soulignent l'importance des deux forces, organisationnelles et de marché, dans l'approvisionnement des soins culturellement compétents, fournissent un soutien empirique supplémentaire.</p> <p>Il y a beaucoup d'implications pour les politiques et pour la recherche</p>

hospitalisés a abouti à 2 points de plus du score CCATH ($p < .001$). Les autres caractéristiques organisationnelles, comme les hôpitaux gouvernementaux et la marge totale, n'étaient pas significativement ($p < .10$) associées avec les compétences culturelles des hôpitaux dans les analyses bi-variées.

Toutes les variables de marché étaient significativement associées avec les compétences culturelles des hôpitaux dans les analyses bi-variées. Les hôpitaux dans un marché plus compétitif (inférieurs à l'index Herfindahl) ont approximativement 19 points de plus dans le score CCATH ($p < .001$). Les hôpitaux dans les régions métropolitaines ont 10 points de plus au score CCATH ($p < .05$). Une augmentation de 10% des minorités au sein de la population de la région était associée avec approximativement 2 points de plus au score CCATH ($p < .05$). Finalement, une augmentation de 10'000 dollars du revenu par habitant dans les départements des hôpitaux était associée avec 6 points plus haut dans le score CCATH ($p < .001$).

Les résultats de régression multivariée indiquent que les hôpitaux à but non-lucratif ont des scores CCATH ajustés qui sont en moyenne 16 points plus haut que les hôpitaux à but lucratif ($p < 0.001$), ce qui soutient l'hypothèse 1. Pour toutes les augmentations de 10% dans la population des patients hospitalisés de diverses ethnies et races, les hôpitaux ont une augmentation de 3 points de leur score CCATH ($p < 0.001$), ce qui soutient l'hypothèse 9. Alors que la proportion de patients hospitalisés Medicaid (hypothèse 3), être un hôpital formateur (hypothèse 4), la taille (hypothèse 5), l'appartenance à un système (hypothèse 6) et la proportion de soins managés des patients hospitalisés (hypothèse 7) étaient associés avec les compétences culturelles dans les analyses bi-variées, ces relations n'étaient pas statistiquement significatives une fois que les auteurs ont contrôlé pour les autres facteurs organisationnels et de marché. Semblables aux résultats bi-variés, les autres caractéristiques organisationnelles, comme être un hôpital gouvernemental (hypothèse 2), et les performances financières (hypothèse 8) n'étaient, selon les auteurs, pas significativement associées (malgré un $p < .05$) avec les compétences culturelles dans les analyses multivariées.

En termes de caractéristiques de marché, les hôpitaux qui sont dans un

provenant de cette étude. Premièrement, leurs découvertes suggèrent que les hôpitaux à but non-lucratif montrent de meilleures compétences culturelles organisationnelles que les hôpitaux à but lucratif. Ce résultat est cohérent par rapport aux missions différentes des hôpitaux à but lucratif et ceux à but non-lucratif. De futures recherches sont requises pour comprendre l'effet de l'adoption de pratiques de compétence culturelle sur les échanges de marché, les revenus et finalement sur les résultats financiers. Une étude de cas pour les compétences culturelles, où les hôpitaux adoptant ces pratiques gagnent un avantage compétitif avec des implications positives pour leurs résultats financiers, est probable de motiver les hôpitaux à but lucratif à augmenter leurs activités de compétences culturelles. Dans une étude sur les organisations des soins de santé en Amérique les chercheurs ont trouvé que les cours sur la diversité ont réduit la probabilité que les minorités expérimentent de la discrimination dans leur travail. Cela a une implication positive pour la satisfaction au travail, et ainsi pour les résultats financiers.

Deuxièmement, les découvertes de cette étude indiquent que les hôpitaux avec plus de populations différentes de patients hospitalisés ont de meilleures compétences culturelles. Ça suggère que les hôpitaux sont responsables des besoins culturels et linguistiques de leur population de patients hospitalisés. Les minorités recevant des soins dans des hôpitaux avec une population de patients hospitalisés moins diversifiée peuvent faire face à de plus grandes barrières lors des soins que celles recevant des soins dans les hôpitaux avec une population de patients hospitalisés plus diversifiée.

Troisièmement, les hôpitaux dans des marchés plus compétitifs comme montré par l'index « Herfindahl » ont de meilleurs scores CCATH. Les hôpitaux qui sont dans des marchés plus compétitifs offrent des soins de meilleure qualité. Les interventions gouvernementales pourraient être nécessaires pour pousser les hôpitaux à devenir compétents culturellement. Le gouvernement peut motiver les hôpitaux par une incitation financière, ou par l'un ou l'autre mandat, comme par exemple, faire des mandats pour les hôpitaux pour qu'ils fournissent des services d'interprétariat. Les résultats suggèrent qu'un rôle plus fort devrait être

<p>marché plus compétitif, indiqué par un index Herfindahl réduit, ont 11 points de plus dans le score CCATH ($p < 0.05$). Ceci fournit un soutien pour l'hypothèse 11. D'autre part, il n'y avait pas de soutien pour l'hypothèse 10. Alors que la diversité des comtés étaient associée avec les compétences culturelles dans les analyses bi-variées, cette relation n'a pas été retenue dans les analyses multivariées. Avec le respect des variables de contrôle, les hôpitaux dans les comtés avec un plus haut revenu par habitant ont de meilleures compétences culturelles ($p < .01$) mais ceux situés en région métropolitaine, n'ont pas différé de ceux qui ne sont pas situés dans une région métropolitaine.</p>	<p>tenu par le gouvernement et pourraient servir d'exemple pour les autres pays dans le monde qui essaieraient de promouvoir des systèmes de santé culturellement compétents.</p>
<p>5. Guerrero, E. G., <i>Organizational characteristics that foster early adoption of cultural and linguistic competence in outpatient substance abuse treatment in the United States.</i>, 2012</p>	
<p>Les découvertes offrent un support partiel pour l'hypothèse 1. Les programmes OSAT avec une plus grande présence de règlements et de financement public rapportent un plus haut degré d'adoption de pratiques compétentes culturellement et linguistiquement. Les résultats pour le 1^{er} modèle présenté dans le tableau 2 montrent des relations positives, statistiquement significatives, entre le degré d'adoption de compétences culturelles et linguistiques et le pourcentage de revenu public [B (SE) = 3.49 (1.24), $p < .01$ ce qui est très significatif], les fonds ciblés pour les minorités [B (SE) = 5.00 (1.43), $p < .001$ ce qui est très significatif] et la possession d'une licence de ville [B (SE) = 4.86 (1.02), $p < .001$, ce qui est très significatif].</p> <p>L'hypothèse 2, qui suppose que les programmes OSAT avec un plus grand professionnalisme vont présenter un plus haut degré d'adoption de pratiques culturellement et linguistiquement compétentes, n'est pas soutenue/appuyée. La relation entre le pourcentage de professionnels avec une formation supérieure et le degré d'adoption des pratiques était même inversement lié [B (SE) = -0.05 (0.01), $p < .001$ ce qui est très significatif].</p> <p>Les découvertes démontrent un support partiel pour l'hypothèse 3. Cette hypothèse suggère que le professionnalisme et la sensibilité culturelle des managers vont contribuer au-delà du principal effet des fonds et des règlements, au degré d'adoption de pratiques culturellement et linguistiquement compétentes dans les programmes d'OSAT.</p>	<p>Les résultats montrent que le développement de pratiques culturelles et linguistiques adaptées demande des ressources publiques (financement) et des réglementations au niveau local. L'étude met en évidence l'importance des financements publics et des financements ciblés pour le développement de ces pratiques, ainsi que les licences locales pour le développement de pratiques culturelles. Les programmes qui comptent le plus de professionnels avec une formation supérieure (graduate) rapportaient le taux le plus bas d'adoption de telles pratiques. Cela est peut-être dû au fait que les services avec le plus haut taux de professionnels avec une formation supérieure/diplômés comptaient avant tout des personnes caucasiennes, ce qui limite la possibilité d'offrir des services bilingues. Ainsi, il semble que l'engagement des employés pour la mise en place de pratiques culturelles soit plus fort que la formation et les attentes extérieures, et incluent une vision favorable et une conviction que de telles pratiques ont un impact.</p> <p>La relation forte qui a été trouvée entre la sensibilité culturelle des chefs et le degré d'adoption de pratiques linguistiques et culturelles adaptées le confirme.</p> <p>Ce n'est qu'à travers d'une collaboration efficace entre les bailleurs de fonds, les régulateurs (ceux qui émettent les règlements et réglementations) et les professionnels de la santé que des systèmes répondant aux besoins culturels des patients pourront être mis sur pied,</p>

<p>L'approche hiérarchique présentée dans le tableau 2 montre 3 modèles :</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Inclut les variables de contrôle et les 5 indicateurs des fonds publics et règlements (<i>R-squared</i> .287). 5. L'ajout de professionnalisme était associé avec l'augmentation dans le <i>R-squared</i> de .016. 6. Inclut la sensibilité culturelle des managers, qui a augmenté le <i>R-squared</i> de .011. <p>Bien que ce ne soit que de manière limitée, il semble que le professionnalisme et la sensibilité culturelle des chefs expliquent la variabilité au-delà de l'effet principal du financement et des règlements (.027). Le professionnalisme semble plutôt empêcher l'adoption de pratiques culturelles adaptées.</p> <p>Les programmes avec la plus grande diversité de clients ont atteint le plus grand degré d'adoption, ce qui est cohérent avec la littérature. Les programmes servant une grande proportion d'Afro-Américains [<i>B</i> (<i>SE</i>) = 4.87 (0.98), 4.79 (0.97) et 4.65 (0.97), $p < .001$] et/ou de Latinos [<i>B</i> (<i>SE</i>) = 7.48 (1.27), 7.10 (1.25) et 7.40 (1.26), $p < .001$] et offrant une variété de services [<i>B</i> (<i>SE</i>) = 0.23 (0.06), 0.24 (0.06) et 0.20 (0.06), $p < .001$ pour les deux premiers modèles et $p < .01$ pour le 3ème modèle] rapportent le plus de relations statistiquement significatives avec un degré d'adoption des compétences culturelles. Comme attendu, une adoption rapide d'un haut degré de pratiques culturelles est partiellement expliquée par la diversité des clients et les ressources du programme.</p>	<p>et ce afin de réduire les disparités de santé au sein des minorités ethniques.</p>
<p>6. Guerrero, E. G., & Kim, A., Organizational structure, leadership and readiness for change and the implementation of organizational cultural competence in addiction health services, 2013</p>	
<p>Pas de signification statistique entre les ressources et l'accès aux communautés et les variables indépendantes.</p> <p>D'autres variables de compétence culturelle sont toutefois en relation avec le climat organisationnel (connaissances des communautés ($r = .21$, $p < .05$) et les procédures et politiques ($r = .17$, $p < .05$)).</p> <p>L'investissement personnel au sein des communautés est positivement associé avec le leadership ($r = .24$, $p < .01$), les ressources pour le changement ($r = .32$ et $p < .01$), les attributs du personnel ($r = .16$, $p < .05$) et le climat organisationnel ($r = .25$, $p < .01$).</p> <p>Avoir différentes politiques en matière de personnel et de dotation était</p>	<p>Les recherches indiquent que les facteurs organisationnels, tels que le financement public, le leadership et un climat favorable au changement ((mission, cohésion, autonomie, communication, stress et changement) sont associés au degré de mise en %uvre de pratiques culturellement compétentes au sein des services d'addiction. Des différences importantes ont été identifiées en termes de caractéristiques organisationnelles (structure, leadership, readiness for change) et différentes dimension des compétences culturelles organisationnelles.</p> <p>Des relations ont pu être établies avec la théorie néo-institutionnelle.</p>

<p>positivement associé au Medi-Cal ($r = .21, p < .05$).</p> <p>L'hypothèse 1 a été partiellement validée (hypothèse selon laquelle le financement public et les règlements seraient positivement associés à une mise en œuvre des 6 composantes de la compétence culturelle. Accepter Medi-Cal [$B (SE) = .20 (.09), p < .05$] et recevoir des fonds publics [$B (SE) = .19 (.09), p < .05$] est positivement associé avec les politiques et procédures qui servent mieux les minorités. Cf tableau 2.</p> <p>L'hypothèse 2 a été partiellement validée (la perception des chefs du leadership directionnel serait positivement associée avec une mise en œuvre des 6 composantes de la compétence transculturelle). La capacité de leadership était positivement associée à l'accès aux minorités [$B (SE) = .33 (.13), p < .05$] et au développement d'une équipe diversifiée [$B (SE) = .33 (.13), p < .05$].</p> <p>L'hypothèse 3 a été partiellement validée (elle supposait que l'acceptation/le désir de changement serait positivement associé à une mise en œuvre des 6 composantes de la compétence transculturelle). Le climat organisationnel était associé aux connaissances sur les communautés [$B (SE) = .40 (.14), p < .01$] et au développement de politiques et de procédures qui servaient les minorités [$B (SE) = .29 (.14), p < .05$].</p> <p>D'autres résultats qui n'avaient pas été émis dans les hypothèses se sont révélés significatifs. Les programmes/services qui comptent davantage de personnel ayant suivi des formations supérieures et les programmes faisant partie d'une organisation « parente » sont négativement associés aux connaissances sur les minorités [$B (SE) = -.21 (.10), p < .05$ et $-.25 (.08), p < .01$] et à moins d'investissement auprès des communautés [$B (SE) = -.18 (.08), p < .05$]. Les services qui avaient un nombre élevé de chefs latino étaient positivement corrélés aux connaissances du personnel concernant la minorité latino [$B (SE) = .29 (.07), p < .05$]. Les chefs ayant une licence clinique ou des certifications d'addiction (addictions certification) étaient positivement associés avec des ressources et des relations se rapportant aux compétences culturelles [$B (SE) = .18 (.09), p < .05$]. Enfin, les programmes avec des chefs de niveau gradué étaient associés à des réglementations et des procédures plus adaptées</p>	<p>L'influence significative des financements publics et de Medicaid démontre que les ressources publiques peuvent favoriser la mise sur pied de réglementations et de procédures basées sur les besoins des communautés.</p> <p>Le leadership est désormais considéré comme un point essentiel dans les efforts à entreprendre pour soutenir la mise en œuvre de pratiques EBN. Les résultats de l'étude démontrent l'influence du leadership des directeurs sur le lien avec les communautés de minorités et l'accès aux minorités et la diversité des membres de l'équipe.</p> <p>La formation et l'encouragement des employés à adopter de nouvelles visions sont des aspects importants du leadership transformationnel mesurés dans cette étude. Les directeurs perçus comme étant investis dans la formation et la performance semblent encourager davantage les équipes à développer de nouvelles approches avec les minorités.</p> <p>De manière assez surprenante, les indicateurs de l'acceptation/le désir de changement n'étaient pas associés avec les composantes de la compétence culturelle, sauf le climat de travail. L'ambiance du service (climate) était positivement associée aux connaissances sur les communautés et procédures au service des minorités. Le lien entre le climat organisationnel et les connaissances des communautés était le plus fort dans cette étude, ce qui met en évidence l'importance de ce facteur pour développer un climat d'inclusion.</p> <p>Les résultats suggèrent que des facteurs significatifs, tels que le style de leadership et le climat perçu comme favorable au changement sont essentiels dans la mise en place de compétences culturelles.</p> <p>D'autres résultats, inattendus, ont été mis en évidence : la présence d'une organisation « parente » ou le pourcentage de l'équipe ayant une formation supérieure sont négativement corrélés aux connaissances et à l'investissement auprès des minorités.</p> <p>→ Conclusion : La diversification des forces de travail et le développement de politiques et de pratiques organisationnelles qui</p>
--	---

<p>culturellement [$B(SE) = .18(.09), p < .05$]. La composante des compétences culturelles qui était associée au plus de variables était la connaissance au sujet des communautés. Ce résultat présenté dans le modèle 1 a la plus grande variance expliquée ($R^2 = .28$).</p>	<p>répondent aux besoins des communautés minoritaires sont des éléments primordiaux pour développer la santé de la population au travers de soins centrés sur le patient et pour réduire les disparités. Ceci nécessite des investissements publics, des règlements, du leadership, et une ambiance favorable au sein du service. Le leadership joue un rôle essentiel dans la construction des capacités (surtout le « mener par l'exemple »). En s'engageant auprès des communautés, ils développent leur réseau, ce qui leur permettra de recruter puis de garder des employés issus des minorités. Le rôle du climat de changement est également mis en évidence pour son importance dans la mise en œuvre de pratiques culturelles.</p>
<p>7. Paez, K. A., Allen, J. K., Carson, K. A., & Cooper, L. A., Provider and clinic cultural competence in a primary care setting., 2008</p>	
<p>71% des 69 soignants, donc 49 soignants, qui ont été inscrits dans les essais cliniques ont complété l'enquête Internet sur les compétences culturelles. Les participants et ceux qui n'ont pas participé étaient similaires concernant l'âge, le genre, la race, la spécialité et les années de pratique après la formation mais les participants étaient plus diplômés que les non-participants (98% contre 80%, $p < 0.01$). Les participants étaient composés de 36 médecins internes, 9 médecins de famille et 4 infirmières qui avaient tendance à être expérimentés, de sexe féminin (61%) et venant de diverses races. Un tiers des soignants ont rapporté qu'ils avaient déjà assisté à des cours sur les compétences culturelles ou sur la diversité. Parmi ceux-là, environ deux-tiers (65%) ont évalué ces cours comme bien à excellent. Les soignants ont rapporté qu'ils voyaient plus de patients de races ou d'ethnies différentes à la leur que le contraire [en moyenne 60.7% des soignants ($SD = 33.5$)]. Plus de la moitié des soignants étaient sûrs d'eux-mêmes concernant les soins aux minorités (55%).</p> <p>Les compétences culturelles des soignants en lien avec les compétences culturelles de leur clinique :</p> <ul style="list-style-type: none"> - attitude : les soignants rapportant un pourcentage plus élevé de personnel non-blanc dans leur clinique ($p < 0.005$), le financement par la clinique de cours de compétence culturelle ($p < 0.026$) et la possibilité d'utiliser du matériel d'éducation adapté au patient ($p < 0.015$) avaient une 	<p>Les soignants travaillant dans des établissements ayant adopté les recommandations de la CLAS (Culturally and Linguistically Appropriate Services) avaient davantage des comportements et des attitudes culturellement compétents. (Le lien entre les cliniques et les soignants n'a pas été établi pour ce qui concerne les connaissances.) La synergie entre les compétences culturelles des professionnels et celles des cliniques doit donc être observée pour réduire les disparités de santé. Il y a trois possibilités d'interpréter les résultats :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les cliniques qui ont adopté des pratiques culturelles compétentes semblent avoir une influence sur les professionnels qui évoluent en leur sein pour qu'ils développent des attitudes et comportements culturellement compétents. - Les professionnels culturellement plus compétents sont attirés par les cliniques qui démontrent un meilleur niveau de compétence culturelle. - Les professionnels avec des attitudes et comportements culturellement compétents peuvent influencer la compétence culturelle de leur clinique en défendant la nécessité d'avoir des cours de compétence culturelle, de valoriser des équipes multiculturelles et d'avoir du matériel d'éducation au patient adapté. <p>Liens avec d'autres théories :</p> <p>La théorie de l'apprentissage social a démontré que l'apprentissage (comportement, attitude, réactions émotionnelles) est optimisé par le</p>

<p>attitude démontrant davantage leur motivation à acquérir des connaissances concernant les cultures présentes dans leur pratique et dans leur société.</p> <p>Pas de corrélation statistiquement significative entre les compétences cliniques culturelles et les attitudes de pouvoir et d'assimilation ($p < 0.092$, $p < 0.991$, $p < 0.241$ et $p < 0.308$).</p> <ul style="list-style-type: none"> - comportement : les soignants rapportant un pourcentage plus élevé de personnel non-blanc dans leur clinique ($p < 0.002$) et la possibilité d'utiliser du matériel d'éducation adapté au patient ($p < 0.049$) adoptaient plus fréquemment un comportement culturel compétent. - connaissances : la compétence clinique culturelle n'est pas associée avec les connaissances des professionnels concernant les soins aux minorités ($p < 0.471$, $p < 0.406$, $p < 0.417$, $p < 0.297$). <p>Association entre les compétences culturelles des soignants et leurs caractéristiques personnelles :</p> <ul style="list-style-type: none"> - attitude : les femmes ($p < 0.039$), libérales ($p < 0.005$), médecins de famille ($p < 0.043$) étaient souvent plus en accord avec les éléments en lien avec « l'assimilation » (qui signifie, dans l'article, la conscience des avantages des blancs et l'acceptation des choix de valeurs et de tradition des groupes raciaux différents). Les professionnels se sentant sûrs d'eux dans les soins aux désavantagés, comme par exemple les migrants, expriment une meilleure « assimilation » ($p < 0.044$). Les caractéristiques des soignants ne sont pas associées à leur motivation (p toujours plus grand que 0.05, ce qui n'est pas significatif). - les caractéristiques des professionnels n'étaient pas en lien avec leur comportement (p toujours plus grand que 0.05, ce qui n'est pas significatif), bien que les soignants noirs rapportent un comportement culturellement compétent plus fréquent ($p < 0.045$). <p>Les professionnels se sentant sûrs d'eux dans le soin aux migrants expriment une meilleure « assimilation ».</p> <p>Les caractéristiques des soignants ne sont pas associées à leur motivation.</p> <ul style="list-style-type: none"> - connaissances : les soignants plus jeunes semblent avoir davantage de connaissances que les plus âgés ($B = -0.52$, $p < 0.032$). 	<p>soutien institutionnel.</p> <p>Le soutien du personnel de couleur améliorerait la conscience des problématiques culturelles.</p> <p>Une des raisons qui pourrait expliquer que la diversité du personnel influence la compétence culturelle des professionnels peut également être que les soignants culturellement plus compétents sont attirés par les organisations qui le sont également. Et vice-versa.</p> <p>Le financement de cours de compétence culturelle est associé à la motivation culturelle des professionnels. Mais ces cours n'étaient pas associés à l'assimilation, l'attitude, le comportement et les connaissances. Ceci peut être le reflet d'un manque de standardisation des cours dispensés.</p> <p>La mise à disposition de matériel adapté à la langue et à la culture des patients est associée à la motivation culturelle des soignants, ainsi qu'à leur comportement.</p> <p>Les caractéristiques des soignants étaient associées à certains des aspects de la compétence culturelle, mais pas à tous. Les femmes, jeunes, d'orientation politique plutôt libérale, médecins de famille avaient des attitudes, une assimilation et des connaissances plus adaptées.</p> <p>Attention limitation selon laquelle ça ne conclut pas les mesures organisationnelles sous-jacentes (diversité du comité directeur, etc.)</p> <p>→ Conclusion : il existe un lien entre la compétence clinique transculturelle et la compétence culturelle des professionnels. La nécessité de modifier l'organisation pour soutenir la mise en pratique des compétences culturelles est évidente.</p>
---	--

Les soignants qui se sentent moins sûrs dans les soins des minorités ($B = 8.77$, $p < 0.012$) et ceux qui sont diplômés à l'international (international medical graduates) ($B = -9.72$, $p < 0.05$) semblent avoir moins de connaissances.

Les modèles multivariés ont été développés pour chacune des 4 mesures des compétences culturelles (motivation, comportement, assimilation, connaissances). Les modèles incluent les caractéristiques des soignants et des cliniques qui sont significativement associées ($p < 0.05$) avec les compétences culturelles des soignants dans une analyse à variable unique. Les 4 modèles étaient significatifs ($p < 0.01$). Le personnel non-blanc, l'orientation politique plus libérale (en opposition à conservateur), l'âge et la confiance en soi dans la prise en charge des désavantagés demeurent significatifs dans l'analyse à variables multiples. Toutes les autres caractéristiques des soignants et des cliniques sont plus faiblement associées avec la compétence culturelle des soignants lorsqu'elles sont considérées dans le modèle étendu (valeurs p plus grandes que 0.05, ce qui n'est plus significatif).

Annexe H**Tableau de présentation des résultats par catégories**

Thèmes issus des résultats	Articles correspondant	Synthèse des résultats des recherches
Caractéristiques de l'équipe soignante interdisciplinaire et du service (n = 5)	(Beune et al., 2011) (Guerrero, 2010) (Guerrero & Kim, 2013) (Paez et al., 2008) (Priebe et al., 2011)	Barrières : <ul style="list-style-type: none"> - Le roulement des médecins assistants peut représenter une barrière à la mise en place de nouveaux protocoles. - Plus une équipe compte de professionnels diplômés ou de formation supérieure, moins les pratiques culturelles compétentes étaient adoptées, moins les équipes avaient de connaissances concernant les minorités et moins elles s'investissaient auprès d'elles. - Résistance générale à l'innovation. - Manque de connaissances générales - Manque d'accès à des services d'interprétariat Ressources et propositions : <ul style="list-style-type: none"> - La flexibilité organisationnelle, incluant une individualisation des soins (relation positive), permettrait d'offrir une prise en charge plus adaptée aux besoins culturels. - Pour améliorer l'introduction d'un processus de soins culturels, une définition claire des rôles de chacun au sein de l'équipe est nécessaire, ainsi que le soutien d'un coach. - La conscience culturelle de l'équipe favorise des pratiques culturellement plus compétentes. - Une équipe de soins diversifiée d'un point de vue culturel est une force, car cela permet à chacun d'apprendre de ses collègues et de développer sa conscience culturelle, mais cela permet également d'offrir plus souvent une prise en charge par des professionnels de même race ou langue que le patient. - Une équipe de soins assurant une prise en charge dans le respect, la convivialité et la continuité favorise une meilleure prise en charge des migrants. - Un climat organisationnel favorable favorise l'acquisition de connaissances concernant les populations migrantes et le développement de pratiques/procédures pour améliorer leur prise en charge. - Certaines caractéristiques de l'équipe (efficacité, influence, adaptabilité, etc.) ont une influence sur la manière dont cette dernière s'investit pour les minorités. - Services d'interprétariat de qualité
Système de santé (n = 5)	(Guerrero, 2012) (Guerrero & Kim, 2013) (Paez et al., 2008) (Priebe et al., 2011) (Weech-	Barrières : <ul style="list-style-type: none"> - Les programmes établis au sein d'une organisation parente limitent les connaissances des soignants. - Manque de familiarité des migrants avec le pays hôte. Ressources : <ul style="list-style-type: none"> - Un hôpital situé au sein d'un marché compétitif présente une meilleure pratique culturelle. - Un hôpital à but non lucratif offre une meilleure compétence culturelle organisationnelle. - Les hôpitaux ayant adopté les recommandations de la CLAS (Culturally and Linguistically Appropriate Services) présentaient des pratiques culturelles plus adaptées.

	Maldonado et al., 2012)	Les établissements qui bénéficient d'une licence de ville ainsi que ceux ayant une plus grande diversité de patients démontrent de meilleures pratiques transculturelles.
Formation (n = 5)	(Guerrero, 2010) (Guerrero, 2012) (Guerrero & Kim, 2013) (Paez et al., 2008) (Priebe et al., 2011)	Propositions et ressources : - Des cours pour les professionnels sont suggérés comme éléments de bonne pratique culturelle (ex. au sujet des droits des migrants, du financement des soins des sans-papiers, etc.) permettant notamment de développer sa conscience culturelle. - Plus un directeur est formé au niveau académique, moins les membres des équipes soignantes bénéficient de formations aux compétences culturelles. Cependant, le niveau de formation des chefs est positivement associé à l'adoption des pratiques transculturelles. - Les cours sur les compétences culturelles financés par la clinique permettent aux professionnels de développer leur motivation culturelle.
Finances et ressources (n = 4)	(Beune et al., 2011) (Guerrero, 2012) (Guerrero & Kim, 2013) (Priebe et al., 2011)	Barrières : - un manque de financement dû à une politique nationale peu soutenance est considéré comme une barrière par les professionnels de la santé. - Difficultés de soigner des migrants sans couverture sociale. Ressources et propositions : - les financements d'ordre public favorisent la mise sur pied de pratiques culturelles adéquates, tout comme les financements destinés spécialement à l'amélioration de ces pratiques - des soignants proposent de chercher des fonds auprès de ONG afin de financer la prise en charge des migrants en statut d'illégalité. - enregistrement des heures supplémentaires pour chercher des moyens de remboursement.
Technique, environnement, matériel (n = 3)	(Beune et al., 2011) (Paez et al., 2008) (Priebe et al., 2011)	Barrières : - Des problèmes techniques et organisationnels (ex. : enregistrement électronique des données) peuvent entraver la mise en œuvre de pratiques culturelles adéquates. - un manque d'accès à des chambres individuelles pour l'éducation des patients s'est avéré problématique. - Un manque d'accès à l'histoire médicale des patients peut entraver une prise en charge adéquate. Propositions et ressources : - La création d'une base de données avec l'histoire médicale des patients permettrait une prise en charge plus efficace. - Un programme éducationnel et du matériel d'information pour les migrants adaptés à leur langue et leur culture permettraient d'offrir une prise en charge plus adéquate et leur offriraient la possibilité de mieux connaître le système de santé du pays hôte. - Des guidelines précis concernant les droits des migrants d'être soignés selon leur statut légal apporterait davantage de clarté au personnel soignant.

		<ul style="list-style-type: none"> - L'accès à des chambres individuelles pour l'éducation aux patients favoriserait un soin de qualité. - L'introduction de nouveaux protocoles favorisant des soins culturels adaptés doit se faire progressivement. Du matériel d'information écrit à propos de ces protocoles favoriserait leur adoption par les nouveaux membres du personnel.
Management (n = 3)	(Guerrero, 2010) (Guerrero, 2012) (Guerrero & Kim, 2013)	<p>Ressources :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le soutien des chefs favorise la prise en charge des patients issus de minorités par des professionnels de la même ethnie/race ou parlant la même langue. - la sensibilité culturelle des chefs favorise le nombre de formations dispensées aux membres de l'équipe soignante, ainsi que le nombre d'heures de cours. - Plus un directeur est formé au niveau académique, moins les membres des équipes médicales et de soins bénéficient de formations aux compétences culturelles. Par contre, selon une étude, plus un chef est formé, plus les procédures du programme sont adaptées culturellement. - Certaines capacités de leadership sont associées au développement d'équipes de soins plus diversifiées d'un point de vue culturel et à un meilleur accès aux minorités. - le climat organisationnel joue un rôle important pour la mise en œuvre des pratiques culturelles compétentes.
Collaboration et relations avec les migrants et leurs communautés (n = 3)	(Guerrero, 2010) (Guerrero & Kim, 2013) (Priebe et al., 2011)	<p>Barrières :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Différentes compréhensions des maladies et des traitements, difficultés en lien avec les coutumes et normes religieuses. <p>Propositions et ressources :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La proximité géographique avec les populations de migrants favoriserait la continuité des soins (réduit les problèmes de transport ou d'absence aux rendez-vous). - Un travail avec les familles et les services sociaux favoriserait le partage d'informations et les soins transculturels efficaces. - La mise en contact des migrants avec différents services de soutien améliore la prise en charge. - Les relations des directeurs avec les communautés de migrants et leur investissement auprès de ces dernières est une caractéristique essentielle pour offrir une prise en charge adéquate.
Temps (n = 2)	(Beune et al., 2011) (Priebe et al., 2011)	<p>Barrières :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les contraintes de temps et les charges de travail trop élevées représentent des barrières à la mise en pratique des compétences culturelles. - La barrière de la langue, qui nécessite un service de traduction (professionnel ou assuré par un membre de l'entourage), demande plus de temps. <p>Propositions :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La flexibilité organisationnelle, incluant un temps suffisant, permettrait d'offrir une prise en charge plus adaptée aux besoins culturels.

